

Leucht St. / Förstl H. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie

Leseprobe

[Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie](#)

von [Leucht St. / Förstl H.](#)

Herausgeber: MVS Medizinverlage Stuttgart



<https://www.narayana-verlag.de/b24210>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<https://www.narayana-verlag.de>





© JustYo/Fotolia.com

4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F25)

- 4.1 Allgemeines 77
- 4.2 Schizophrenie (F20) 78
- 4.3 Weitere Formen psychotischer
Störungen 95

Eine neue Episode



© Kerstin Jürgens

„Ihr bekommt mich nicht!“

Frau Dr. Meier hat Spätdienst in der psychiatrischen Ambulanz. Kurz vor Diensten wird ein sehr aufgeregter Patient mit dem Notarztwagen eingeliefert. Der begleitende Notarzt berichtet, dass Spaziergänger die Polizei alarmiert hätten. Der Mann sei achtlos auf eine Hauptverkehrsstraße gerannt. Er habe sich dabei ständig umgesehen und gerufen: „Ihr bekommt mich nicht!“ Gott sei Dank sei niemand verletzt worden, die Autos hätten rechtzeitig bremsen können. Vor den Polizisten und dem Notarzt sei der Mann ängstlich zurückgewichen, da er sicher sei, „dass auch ihr mir an den Kragen wollt“. Laut Personalausweis handelt es sich bei dem Mann um den 45-jährigen Herrn Winter.

Angst vor Vergiftung

Auch bei der Ankunft in der Klinik macht Herr Winter einen erregten und verstörten Eindruck. Frau Dr. Meier bemerkt sofort, dass der Patient offensichtlich unter dem Einfluss akustischer Halluzinationen steht: Er schaut ständig von rechts nach links, duckt sich und antwortet laut auf Fragen und Kommentare, die nur er hören kann. Der Versuch, Herrn Winter die Hand zu reichen, scheitert. Er weicht erschrocken vor der Ärztin zurück. Als Frau Dr. Meier dem Patienten eine Tablette zur Beruhigung anbietet, verliert dieser völlig die Beherrschung und wird handgreiflich. Er wähnt, dass man ihm Gift unterschieben wolle und Ärzte und Pflegepersonal mit seinen Widersachern unter einer Decke steckten. Als der Patient tatsächlich auf sie loszugehen versucht, ruft Frau Dr. Meier zwei Pfleger zu Hilfe. Zu dritt gelingt es ihnen, Herrn Winter zu fixieren und ihm intramuskulär Haloperidol zu verabreichen. Währenddessen redet Frau Dr. Meier beruhigend auf den Patienten ein und erklärt ihm, warum diese Maßnahmen im Moment leider notwendig seien.

Neue Umgebung – altes Übel

Als Frau Dr. Meier am nächsten Morgen ihren Frühdienst antritt, berichtet die Nachtschwester, dass sich Herr Winter im Laufe der Nacht beruhigt habe und nun wieder rapportfähig sei. Nach der normalen Visite sucht Frau Dr. Meier das Gespräch mit ihrem Patienten. Tatsächlich wirkt Herr Winter deutlich ruhiger, hin und wieder wendet er den Kopf zur Seite, als höre er noch etwas. Auf Nachfrage gibt er an, dass da immer noch Stimmen seien, aber deutlich leiser und weniger aufdringlich als in den letzten Tagen. „Haben Sie einen solchen Zustand mit akustischen Halluzinationen und Verfolgungswahn in der Vergangenheit schon einmal gehabt?“, fragt Dr. Meier. Er leide bereits seit Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, antwortet der Patient. Begonnen habe die Erkrankung mit 35 Jahren. Eigentlich sei er aber von seinem ambulanten Psychiater gut eingestellt. Er bekomme einmal monatlich eine Spritze in dessen Praxis. Hierdurch sei er in den letzten fünf Jahren fast beschwerdefrei gewesen. Vor vier Monaten sei er aber in diese Stadt umgezogen und habe daher die letzten Spritzen versäumt. Er müsse sich jetzt hier einen neuen Arzt suchen, dazu sei er aber noch nicht gekommen.

„Haben Sie im Vorfeld dieser aktuellen Episode Symptome wahrgenommen, die den Schub angekündigt haben?“, möchte die Ärztin wissen. Nach kurzem Zögern antwortet Herr Winter, dass er im Rückblick tatsächlich schon länger unruhig und reizbar gewesen sei und nur schlecht habe schlafen können. Er habe aber nicht darauf geachtet, schließlich sei er mit seinem Umzug und der neuen Situation beschäftigt gewesen. Und dann habe er auch noch sofort Probleme mit seinen neuen Nachbarn bekommen. Die hätten ihn loswerden wollen. Gestern habe er dann das Gefühl gehabt, sie würden Strahlen durch sein Fenster lenken.

Behandlungsstrategie

Am Ende des Gesprächs möchte Herr Winter wissen, wie es denn nun weitergehe. „Als Erstes werde ich Kontakt zu Ihrem ehemaligen Psychiater aufnehmen, um die alten Befunde zu besorgen“, erklärt Frau Dr. Meier. „Anschließend werden wir Sie während Ihres stationären Aufenthaltes wieder auf das alte Medikament einstellen, das Ihnen in der Vergangenheit geholfen hat. Außerdem werde ich den sozialpsychiatrischen Dienst benachrichtigen, der Ihnen bei den neu aufgetretenen Schwierigkeiten wie der Arztsuche und der Eingewöhnung in die neue Umgebung helfen kann. In unseren Gesprächen werden wir gemeinsam daran arbeiten, dass Sie in Zukunft diese sog. Prodromalsymptome früher erkennen und rechtzeitig ärztliche Hilfe suchen.“

4 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F25)

4.1 Allgemeines



Key Point

Unter den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis wird eine Reihe von Störungen subsumiert, bei denen in der Akutphase Wahn und Halluzinationen typische Symptome sind.

4.1.1 Historische Aspekte

Kaum eine andere Erkrankung ist von so vielen Mythen und geheimnisvollen Spekulationen umrankt wie die Gruppe der schizophrenen Psychosen. Im **Mittelalter** und in der frühen Neuzeit wurden akut schizophren erkrankte Menschen mit religiösen Wahnerlebnissen der Besessenheit bezichtigt und dem Zeitgeist entsprechend wie Verbrecher bestraft. Erst während der **Französischen Revolution** kam es um 1790 zur berühmten Befreiung der psychisch Kranken von ihren Ketten durch den damaligen Reformpsychiater Philippe **Pinel** (1745–1826) in den Anstalten der Salpêtrière in Paris. Zur Zeit der Romantik mit **Beginn des 19. Jahrhunderts** wurde die Krankheit als Auswuchs eines selbst zu verantwortenden frevlerischen Lebenswandels gesehen; statt karitativer Zuwendung gab es Züchtigung und Kerker.

Erst **Mitte des 19. Jahrhunderts** wurden die Symptome der Schizophrenie als Zeichen einer organisch bedingten Störung des Gehirns erkannt. In einem beispiellosen gesundheitspolitischen Kraftakt wurden innerhalb eines Jahrhunderts allein in Deutschland über 250 000 Betten in psychiatrischen Kliniken aufgebaut, die jedoch aufgrund der fehlenden Behandlungsmöglichkeiten bald überbelegt waren. Der resultierende **Versorgungsnotstand** trug im Dritten Reich mit dazu bei, dass schizophren Erkrankte und andere schwer psychisch und geistig behinderte Menschen als „Ballastexistenzen“ betrachtet und systematisch getötet wurden. Hierdurch kamen mehr als 150 000 Patienten gewaltsam zu Tode.

In einer Art „Gegenreaktion“ wurde im Zuge der **anti-psychiatrischen Welle** zwischen **1960 und 1970** die Existenz der Erkrankung gänzlich in Frage gestellt und als Unterdrückungsetikett für kritische und non-konforme Bürger **bagatellisiert**. Dank der Behandlungserfolge durch Antipsychotika in der **zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts** verlor diese Sichtweise rasch an Plausibilität. Psychosen können heute durch diese Medikamente sehr **wirkungsvoll behandelt** werden. Der Großteil der Patienten befindet sich in ambulanter Therapie, und die Zahl der Psychiatriebetten konnte auf etwa 60 000 reduziert werden.

In der öffentlichen Wahrnehmung sind die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis aller-

dings nach wie vor sehr negativ besetzt. Auch in der Schulmedizin dominiert häufig noch immer eine **defizitäre Sichtweise**. Der reichhaltige Fundus an Originalität, Kreativität, Individualismus und teilweise auch hoher Intelligenz wird hingegen kaum wahrgenommen. Große Persönlichkeiten – wie van Gogh oder König Ludwig II. – haben beeindruckende Zeugnisse ihrer genialen Begabung hinterlassen.



Praxistipp

Die Ressourcen bei den einzelnen Patienten zu erkennen, entsprechend zu würdigen und zu fördern, zählt zu den basalen Grundlagen einer erfolgreichen Schizophreniebehandlung.

4.1.2 Begriffsbildung

Noch vor der Einführung des Begriffs „Schizophrenie“ hatten Ewald Hecker (**Hebephrenie** bzw. Jugendirresein) und Karl Ludwig Kahlbaum (**Katatonie** bzw. Spannungsirresein) im 19. Jahrhundert diese beiden heute als Untergruppen der Schizophrenie verstandenen Störungen beschrieben (vgl. S. 84). Entscheidend für die Entwicklung der Diagnose war auch Emil Kraepelin, der die psychischen Störungen 1896 einteilte in solche mit phasischem Verlauf und guter Prognose („**manisch-depressive Erkrankung**“) und solche zur Chronifizierung neigende mit schlechter Prognose, die er als „**Dementia praecox**“ bezeichnete (unter der man die heute als Schizophrenie bezeichnete Störung einordnen würde).

Der heute verwendete Begriff „**Schizophrenie**“ (Spaltungsirresein) wurde 1911 von Eugen **Bleuler** geprägt (vgl. **Tab. 4.1**), der feststellte, dass diese Erkrankung nicht zwangsläufig chronisch mit schlechter Prognose verlaufen muss. „Schizo“ steht hierbei für zweigeteilt, „phrenie“ leitet sich von der medizinischen Bezeichnung für das Zwerchfell ab. Der Begriff „Bauchgefühl“ umschreibt, dass in dieser Körperregion sehr viele **psychovegetative Nervenfasern** verlaufen, die z. B. an Stress- und Angstreaktionen beteiligt sind. Im medizinischen Verständnis der antiken Ärzte war diese empfindsame Region der Sitz der Seele. Somit bedeutet das Wort Schizophrenie eigentlich „zweigeteilter Seelensitz“, man könnte auch von

Tab. 4.1

Entwicklung der Krankheitskonzepte.		
Zeit	Vertreter	Sichtweisen und Krankheitskonzepte
1911	Bleuler	Einführung des Begriffs „Schizophrenie“ (Spaltungsirresein); Benennung von Grund- und akzessorischen Symptomen (Tab. 4.3 , S. 83)
1948	Schneider	Symptome 1. und 2. Ranges (Tab. 4.2 , S. 83)
1970	Huber	Basisstörungen
1992	ICD-10	Fusionierung verschiedener Konzepte

„zwei Seelen in der Brust“ sprechen. Gemeint ist hiermit das **zweigeteilte Erleben der Wirklichkeit**: Erkrankte können ihre Umwelt ganz „normal“ (wie alle anderen auch) wahrnehmen. Parallel hierzu besteht jedoch eine zweite „private“ Wahrnehmungsqualität, die den Erkrankten vorübergehend eine verzerrte Sichtweise der Umwelt vermittelt.



Praxistipp

Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich der Begriff „Psychose“ als Kurzbezeichnung für die schizophrenen Erkrankungen eingebürgert. Da Psychosen jedoch schwere seelische Erkrankungen mit Realitätsverlust bezeichnen, zu denen z. B. auch schwere Depressionen oder Delirien zählen (S. 104 bzw S. 37), ist diese Vereinfachung nicht unproblematisch.

4.2 Schizophrenie (F20)



Key Point

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis treten meist im jungen Erwachsenenalter auf. Akute Episoden sind heute in der Regel gut behandelbar; schwierig sind aber häufige Rezidive und die mit einer Chronifizierung einhergehende Einschränkung der sozialen Partizipationsfähigkeit.

4.2.1 Epidemiologie

Entgegen früherer Annahmen variiert die Prävalenz zwischen verschiedenen Zentren.

MERKE

Bezogen auf das **Lebenszeitrisiko** kann aber insgesamt von einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von **etwa 1 %** der Bevölkerung ausgegangen werden.

Männer erkranken im Mittel einige Jahre **früher** als Frauen (Erkrankungsgipfel mit etwa 21 vs. 26 Jahren, Abb. 4.1). Möglicherweise spielt bei Frauen der **Östrogenschutz** eine wichtige Rolle, nach dessen Wegfall es einen 2. Häufigkeitsgipfel in der Postmenopause gibt. Insgesamt ist die Erkrankung bei Männern und Frauen etwa gleich häufig. Bei Beginn nach dem 40. Lebensjahr spricht man von **Spätschizophrenie**.

Das **prämorbid Intelligenzniveau** liegt bei schizophren erkrankten Patienten um einige Prozentpunkte unter dem nicht erkrankter Menschen. Die Besuchsraten im dreigliedrigen Schulsystem liegen auf dem Erwartungsniveau, die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse, insbesondere Abitur und Studium, ist aufgrund der Erkrankung jedoch deutlich niedriger. Schizophren erkrankte Patienten sind hinsichtlich Ausbildung, Beruf, Einkommen und Wohnsituation signifikant häufiger in **unteren sozialen Schichten** repräsentiert. Dies liegt nicht an einem häufigeren Vorkommen in unteren Schichten, sondern an der krankheitsbedingten Entwicklung (**Drift-Theorie**). Nur etwa 25 % der Betroffenen arbeiten, es gibt deutlich mehr Alleinstehende und Geschiedene als in der Allgemeinbevölkerung.

4.2.2 Ätiologie und Pathogenese

Die genetischen und hirnmorphologisch-biochemischen Befunde bei schizophren Erkrankten zählen neben den psychosozialen Reifungsbedingungen während der Kinder- und Jugendzeit gemäß dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zu den disponierenden Faktoren (= **Vulnerabilität**). Aber erst durch das Wechselspiel mit **psychosozialen Stressfaktoren** (mangelnde Konfliktlösungskompetenz und Wehrhaftigkeit, Interaktionsstress in der Familie und im engeren sozialen Umfeld sowie z.T. wenig beeinflussbare Live-Events wie Prüfungen, Schicksalsschläge oder berufliche Herausforderungen) kommt

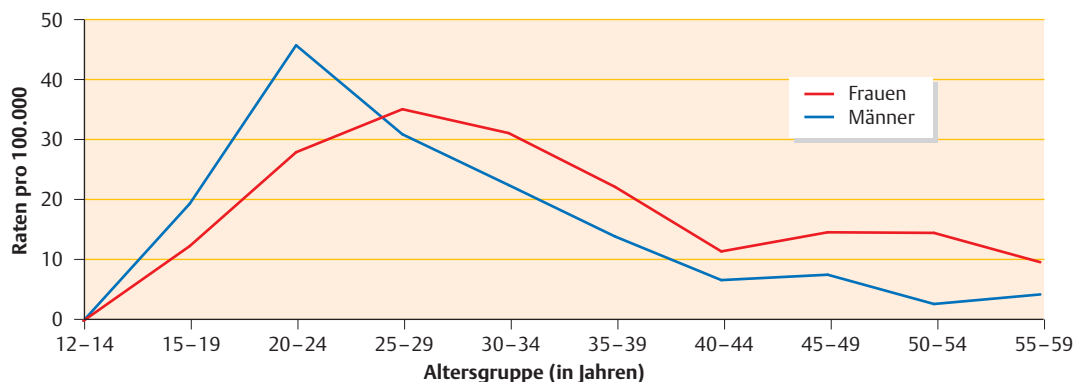


Abb. 4.1 Krankheitsausbruch bei Männern und Frauen in Abhängigkeit vom Lebensalter. (mit freundlicher Genehmigung von Springer Science + Business Media: nach Nervenarzt, Schizophrenie und Lebensalter (1991) 62(9), 536–548, Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. et al.)

es zum Überschreiten einer individuell sehr unterschiedlichen „kritischen“ Grenze (vgl. S. 16).

Vulnerabilitätsfaktoren

Genetische Faktoren

Obwohl ca. 80% aller schizophrenen Erkrankungen scheinbar sporadisch, d. h. ohne erkennbare weitere spezifische Erkrankungsfälle in der Familie, auftreten, wird davon ausgegangen, dass bei ca. 90% aller Schizophreniepatienten **genetische Faktoren** eine Rolle spielen.

Das Erkrankungsrisiko ist bei Verwandten schizophren Erkrankter eindeutig erhöht, wobei sich ein klarer Zusammenhang mit dem **Grad der Verwandtschaft** findet (Abb. 4.2): So erkranken ca. 10% der Kinder bei einem schizophren erkrankten Elternteil an einer Schizophrenie gegenüber einem Erkrankungsrisiko von ca. 1% in der Allgemeinbevölkerung. Sind beide Eltern betroffen, steigt der Anteil auf 46%. Eineiige Zwillinge zeigen mit ca. 48% eine deutlich höhere Konkordanz als zweieiige Zwillinge mit ca. 17%. In **Adoptionsstudien** wurde gezeigt, dass unmittelbar nach der Geburt von ihren schizophrenen Eltern getrennte und von Adoptiveltern aufgezogene Kinder ebenso häufig schizophren erkranken, wie wenn sie bei ihren biologischen Eltern bleiben. Die Tatsache, dass bei einem betroffenen eineiigen Zwilling nur in 50% der Fälle der andere ebenfalls betroffen ist, zeigt aber auch, dass die Erkrankung **nicht rein genetisch** bedingt sein kann.

Trotz vielfältiger Kopplungs- und Assoziationsstudien ließen sich bislang **keine allein erklärenden Suszeptibilitätsgene** identifizieren. Man geht daher davon aus, dass es sich um einen **polygenen Erbgang** und nicht um ein einzelnes erklärendes Gen handeln muss.

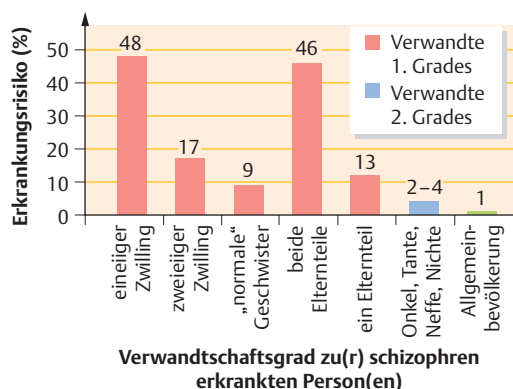


Abb. 4.2 Risiko für schizophrene Erkrankungen in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad.

Somatische Faktoren

Geburtskomplikationen | Durch **Sauerstoffmangel** bei der Geburt erhöht sich das Erkrankungsrisiko um den Faktor 4.

Saisonale Häufung und Virushypothese | Überproportional viele schizophren Erkrankte werden in der **1. Jahreshälfte** geboren (saisonaler Überschuss von 10%, in der nördlichen Hemisphäre etwas höher als in der südlichen). Bei der Genese scheinen auch **Umweltfaktoren** mitzuspielen, wie z. B. saisonale Temperaturminderungen, Ernährungsmängel und v. a. Infektionen. Insbesondere der **3.–7. Schwangerschaftsmonat**, wenn die Organogenese stattfindet, ist eine sehr vulnerable Zeitspanne. Die Tatsache, dass etwa 20 Jahre nach den großen Influenzawellen die Erkrankungshäufigkeit für Schizophrenie jeweils deutlich zunimmt, spricht ebenfalls für eine virale Mitverursachung.

Immunhypothesen | Eindeutige entzündliche Reaktionen oder Gliosen im postmortalen Hirngewebe als Zeichen einer aktuellen oder früheren Infektion konnten bisher nicht regelhaft nachgewiesen werden. Dennoch haben in einigen Studien additive Behandlungsversuche mit **Antiphlogistika** zu einer Verbesserung bisher therapieresistenter Psychosen geführt. Es besteht weiterer Forschungsbedarf.

Biochemische Befunde | Welches neurochemische Korrelat den einzelnen psychopathologischen Phänomenen jeweils zu Grunde liegt, kann noch nicht mit letzter Sicherheit angegeben werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Fakten hierzu beschrieben.

– **Dopamin**: Die von Carlsson und Snyder zu Beginn der 70er-Jahre formulierte **Dopaminhypothese** hat noch immer die größte heuristische Bedeutung. Demnach liegt eine dopaminerge **Überfunktion** (D2-Rezeptoren) in den **mesolimbischen** Bahnen (Positivsymptome) und eine **Unterfunktion** (D1-Rezeptoren) in den **mesofrontalen** Bahnen (Negativsymptome) vor. In den nigrostriatalen und tuberoindulbulären Bahnen werden durch die medikamentöse Dopaminblockade die typischen extrapyramidalmotorischen Störungen (EPS) und der Milchfluss ausgelöst (vgl. Wirkmechanismus und Nebenwirkungen der Antipsychotika, S.280 bzw. S.284).

Folgende Befunde sprechen für eine Mitverantwortung des Dopaminsystems an der Entwicklung einer Schizophrenie:

- Alle aktuell verfügbaren **Antipsychotika** wirken als Antagonisten von Dopaminrezeptoren.
- Durch langfristige Einnahme von **Amphetaminen**, die Dopamin freisetzen, lassen sich psychotische Symptome auslösen (vgl. S. 72).

- **Glutamat:** Glutamat (als **Antagonist dopaminerger Neurone**) kann eine Rolle spielen. Bei einer Insuffizienz des Glutamatsystems kommt es zu einer relativen dopaminergen Überfunktion mit den bekannten psychotischen Symptomen. Dies wird u. a. auch durch Versuche mit dem Anästhetikum Phencyclidin (PCP) bestätigt, welches eine psychotische Symptomatik auslösen kann.
- **Serotonin:** Die Rolle des Serotonins wird seit Einführung der **Antipsychotika der zweiten Generation** wieder stärker diskutiert, weil die meisten von diesen nicht nur Dopamin-, sondern auch serotonerge (5-HT₂-) Rezeptoren blockieren. Außerdem wurden postmortal Veränderungen der 5-HT₂-Rezeptoren gefunden.

MERKE

Psychopathologische Symptome entstehen durch **Dysbalancen verschiedener Neurotransmittersysteme**. Eine „punktgenaue“ Zuordnung zwischen einzelnen Neurotransmittern und bestimmten Symptomen ist jedoch (noch) nicht möglich.

Morphologische und neuropathologische Befunde I

- **Ventrikelerweiterung und Hypofrontalität:** Gerd Huber konnte bereits um 1970 pneumenzephalografisch **Ventrikelerweiterungen** nachweisen. Inzwischen haben über 200 kontrollierte CT/MRT-Studien zweifelsfrei belegt, dass schizophrene Erkrankte überzufällig häufig erweiterte Seitenventrikel (mit Linksbetonung) sowie erweiterte III. Ventrikel und Hirnfurchen aufweisen (Abb. 4.3). Unter dem Begriff **„Hypofrontalität“** versteht man eine frontale Perfusionsminderung (Messung des Glukoseumsatzes mittels PET). Hypofrontalität ist vermehrt mit Chronizität, Defizitsymptomen, psychomotorischer Verlangsamung und kognitiven Störungen assoziiert und könnte mit einer frontalen dopaminergen Unteraktivität zusammenhängen.

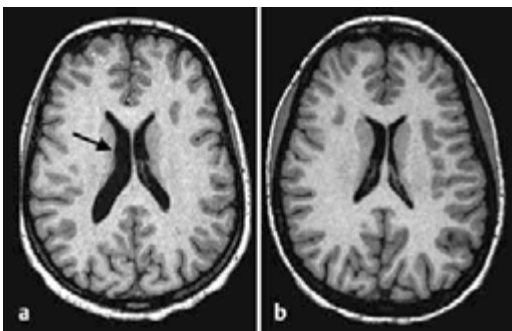


Abb. 4.3 **Typischer MRT-Befund bei Schizophrenie.** a Ventrikelerweiterung b zum Vergleich: Normalbefund (aus Braus, D.F., EinBlick ins Gehirn, Thieme, 2010).

- **Neuropathologie:** Im limbischen Bereich des **Temporallappens** sind **Volumenminderungen** der grauen Substanz und **Zellzahlminderungen** des Hippocampus, der Amygdala und des Gyrus parahippocampalis beschrieben, möglicherweise mit Linksbetonung. Bei etwa 50% der Patienten wurden in der Area entorhinalis des Hippocampus Hinweise auf **Migrationsstörungen** in der Ontogenese gefunden, die sowohl genetisch als auch infektiös bedingt sein könnten.

Psychosoziale Faktoren**Persönlichkeitsmerkmale**

Entgegen früheren Annahmen ließen sich **keine** Zusammenhänge zwischen **prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen** (in Form einer Schizoidie) und der späteren Entwicklung einer Schizophrenie finden. Heute gilt als gesichert, dass neben den etwa 10% selbst von einer schizophrenen Erkrankung befallenen **Angehörigen** weitere ca. 40% der anderen Familienmitglieder an den sog. **„Spektrumserkrankungen“** (wie Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchtproblemen) leiden.

MERKE

Offensichtlich führen die in unterschiedlicher „Konzentration“ vorliegenden **genetischen Besonderheiten** nur beim Überschreiten einer gewissen **„kritischen Grenze“** zum Ausbruch einer eigenständigen Psychose. Bei geringerer genetischer Belastung kommt es bei den übrigen Angehörigen lediglich zur Manifestation anderer, weniger schwerer seelischer Erkrankungen (sog. **Spektrumserkrankungen**, s. o.). Dieser Befund ist ein weiteres Argument dafür, dass es sich bei schizophrenen Erkrankungen nicht nur um ein kategoriales „ja/nein“-Phänomen, sondern auch um ein **dimensionales Geschehen** handelt.

Es gibt zahlreiche **psychodynamische Ansätze**, die versuchen zu erklären, warum und aufgrund welcher innerseelischen Vorgänge später an einer Schizophrenie Erkrankte allmählich von der Wahrnehmungsnormierung ihrer Umgebung wegdriften. **Sigmund Freud** postulierte die Rückkehr (Regression) schizophrener Erkrankter zu Denk- und Wahrnehmungsformen früherer Entwicklungsstufen im Sinne eines **„primärprozesshaften Denkens“**. Die bei Wahrerlebnissen und Halluzinationen schizophrener Erkrankter zu beobachtende Veränderung der Wahrnehmung und des Denkens erinnere an die Sichtweise von Kindern (Faszination von Märchen und Fabelgeschichten), an die naiven Überzeugungen von Urvölkern oder die komplexe Veränderung der Denkprozesse im Traum.

So interessant und im Einzelfall manchmal zutreffend diese Theorien auch sind, so liegt ihre Hauptschwäche in der fehlenden empirischen Absicherung, der unzureichenden ätiopathogenetischen Spezifität und der Vernachlässigung des zwischenzeitlich doch enormen Wissens über die neurobiologisch verankerte **Multifaktorialität** der schizophrenen Erkrankungen.

Coping-Defizite und mangelnde soziale Kompetenz

Diese sehr allgemeinen und unspezifischen Aspekte sind nicht unbedingt notwendig für den Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung. Wenn Menschen jedoch nicht gelernt haben, sozial „geschickt“ zu agieren, können dadurch viele eigentlich unnötige Konflikte entstehen. Ein mangelndes Kontaktaufnahmerepertoire kann Menschen daran hindern, sich sozial zu vernetzen und wohl zu fühlen. Infolgedessen kann es zu **rezidivierenden innerseelischen Anspannungen** kommen, die als Stress erlebt werden. Durch eine **strukturierte Verhaltenstherapie** können das soziale Bewältigungsverhalten verbessert und soziale Konfliktherde reduziert werden.

MERKE

Die **Neigung zur sozialen Vereinsamung** darf nicht mit dem **Rückzugsverhalten** vieler Patienten im unmittelbaren Vorfeld einer akuten schizophrenen Erkrankung verwechselt werden! Aufgrund der mangelnden Filterfunktion des limbischen Systems versuchen diese sich so vor der allgemeinen Reizüberflutung zu schützen, was ein sehr erfolgreiches Coping darstellen kann!

High-expressed-emotions-Konzept

Brown und Wing haben in den 1960er-Jahren einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der **„expressed emotions“** (EE) innerhalb einer Familie und dem **stationären Wiederaufnahmerisiko** gefunden. Bei Überschreiten eines gewissen Grenzwertes („high-expressed-emotions“, HEE) betrug die Wiederaufnahme etwa 60%, bei „low-expressed-emotions“ (LEE) jedoch nur etwa 30%. Hierbei handelt es sich allerdings um ein Wechselspiel: Sind die Patienten nicht voll remittiert und bestehen Verhaltensauffälligkeiten fort, provoziert dies bei ihren nächsten Angehörigen HEE-Reaktionen, welche wiederum **sekundär** zur **Eskalation** beitragen können.



Praxistipp

Durch die verhaltenstherapeutische Bearbeitung dysfunktionaler Kommunikations- und Problemlösemuster sowie ungünstiger Interaktionsstile kann das Familienklima entscheidend verbessert werden und so eine stabilisierende Säule im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes darstellen.

rende Säule im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes darstellen.

Die Bedeutung kritischer Lebensereignisse („life events“)

Auslandsaufenthalte, Umzüge, der Eintritt in den Beruf oder ein Arbeitsplatzwechsel, beruflicher Auf- oder Abstieg, die Ablösung vom Elternhaus, der Beginn oder das Ende einer Partnerschaft etc. stellen **Stressoren** dar, die eine neue Episode auslösen können. Deshalb ist es ein zentrales Anliegen der **Langzeittherapie**, die Patienten und auch ihre Angehörigen dafür zu sensibilisieren, Stressspitzen unter allen Umständen zu vermeiden und sich **vor längeren Überforderungsphasen** zu **schützen**. Gesundheitspolitisch heißt dies, dass für diese oft dauerhaft vulnerablen Menschen soziale Nischenarbeitsplätze geschaffen werden müssen, in denen sie ihre vielfältigen Begabungen und Fähigkeiten einsetzen können, ohne aber dem gleichen Leistungsdruck ausgesetzt zu sein wie Gesunde.

4.2.3 Klinik

Bei der akuten Schizophrenie dominieren „positive“, bei der chronischen „negative“ Symptome. Die **Negativ- oder Minussymptomatik** kann als das Fehlen von gesunden psychischen Funktionen bezeichnet werden, die **Positiv- oder Plussymptomatik** umfasst dagegen fremdartige Phänomene, die bei Gesunden nicht vorhanden sind (d. h., zum bisherigen Erleben kommt etwas „hinzu“).

MERKE

Typischerweise beginnt das akute Erkrankungsbild mit ausgeprägten „Plussymptomen“; im Anschluss daran kommt es häufig zu länger anhaltenden „Minussymptomen“.

Charakteristischerweise sind **Bewusstsein** und **Orientierung** normalerweise **nicht beeinträchtigt**, abgesehen von schweren Formen der Katatonie oder extremer Zerrfahrenheit, wo eine genaue Überprüfung kaum möglich ist.

Formale Denkstörungen

Das formale Denken der Patienten ist häufig erheblich gestört. Es ist **zerrfahren**, d. h., der Gedankenablauf ist unzusammenhängend und im Gegensatz zur Gedankenflucht (bei der Manie) für Außenstehende nicht mehr nachvollziehbar. Bei diskreter Ausprägung, wenn die Patienten auf die gestellten Fragen nicht eingehen, spricht man von **Vorbeireden**. Bei schweren Formen kommt es zu zerstörtem Satzbau (**Paragrammatismus**) bis hin zu einem „Wortsalat“ (**Schizophasie**). Beim **Begriffserfall** verlieren

Begriffe ihre scharfe Abgrenzung, unter **Verdichtung** versteht man das Zusammenziehen mehrerer Ideen in eine (z. B. „Denkreden“). Bei der **Kontamination** werden unterschiedliche Sachverhalte verschmolzen (z. B. „flugschwalbig“).

Störungen der Sprache

Die Sprachstörungen stehen in Zusammenhang mit den o. g. formalen Denkstörungen. Der Redefluss kann im Sinne einer **Logorrhö** gesteigert sein, es kann aber auch zu einem **Mutismus** in Form einer Wortkargheit bis hin zum Verstummen kommen. Typisch sind auch **Gedankenabreißen** (die Sprache stoppt mitten im Satz) und **Sperrung**, bei der es den Patienten schwerfällt, zu sprechen. Unter **Echolalie** versteht man unreflektiertes Nachsprechen von Gehörtem. **Verbigerationen** sind das Wiederholen oft unsinniger Wörter/Sätze in meist stereotypem Tonfall. Es kommt zu Wortneuschöpfungen, die man als **Neologismen** bezeichnet (z. B. „Schlaubentag“).

Störungen der Affektivität

Gefühlsleere und -abstumpfung, „Wurstigkeit“ und Gleichgültigkeit sowie geminderte emotionale Ansprechbarkeit kennzeichnen die **Affektverflachung** schizophrener Erkrankter. **Inadäquater Affekt** (häufig in Form einer **Parathymie**, d. h., Gefühlsausdruck und inhaltliche Situation stimmen nicht überein): Der schizophrene Erkrankte zeigt sich unbewegt bei der Schilderung grausiger Wahnhalte oder amüsiert über einen ernsthaften, schweren Suizidversuch. Unter **Anhedonie** versteht man die Unfähigkeit, Lust und Freude zu empfinden.

Depressive Verstimmungen treten (bei Einschluss auch weniger schwerer Fälle) in ca. 50% der akuten und ca. 10% der chronischen Erkrankungsphasen auf. Nach florider Psychose spricht man von „post-schizophrener Depression“ (F20.4).

Wahrnehmungsstörungen

Illusionen: Verkennungen, die durch ein reales Objekt verursacht werden. **Halluzinationen:** Trugwahrnehmungen, die ohne einen adäquaten äußeren Sinnesreiz ausgelöst werden. **Akustische Halluzinationen:** „Stimmen hören“ ohne entsprechende Sinnesreize. Die Stimmen können **dialogisierend** (Rede und Gegenrede), **imperativ** (geben Befehle), **kommentierend** (die eigenen Handlungen werden kommentiert), **beschimpfend** und in Form von laut werdenden Gedanken (**Gedankenlautwerden**) auftreten. **Akoasmen:** Wahrnehmen von Lärm und elementaren Geräuschen wie Schlürfen, Rascheln, Bellen ohne entsprechenden Sinnesreiz. **Optische Halluzinationen:** bei schizophrenen Psychosen selten, typischerweise bei organischen Psychosen (Drogenabusus). **Körperhalluzinationen:** taktile Wahrnehmungen wie

Berührungen, Brennen der Haut, autonome Bewegungen und Lageveränderungen von Körperorganen (z. B. dem Gehirn). Diese werden wahrgenommen, als seien sie „von außen gemacht“. Davon abzugrenzen sind die **Zönästhesien** (abnorme Leibempfindungen wie Brennen auf der Haut oder Kribbelgefühle, bei denen keine Außenverursachung vermutet wird). **Geruchs- (olfaktorische) und Geschmacks- (gustatorische) Halluzinationen:** Giftgerüche oder unangenehme Geschmacksempfindungen, häufig eingebettet in wahnhafte Überzeugungen.

Inhaltliche Denkstörungen

MERKE

Etwa **90%** aller schizophrenen Erkrankten erleben **mindestens einmal Wahnsymptome**, trotzdem sind diese **nicht pathognomonisch** für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Die Themen des Wahns sind vielgestaltig und stehen oft mit der Biografie und den aktuellen Lebensumständen in Zusammenhang. Prinzipiell ist jedes Thema „wahnfähig“, am häufigsten sind Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- und Beziehungswahn. **Wahnstimmung:** emotionale Anspannung und Erregung im Vorfeld des eigentlichen Wahns. Ereignisse im Umfeld erscheinen dem Patienten seltsam und geheimnisvoll, etwas Bedrohliches „liegt in der Luft“. **Wahneinfall:** plötzliches gedankliches Auftreten wahnhafter Vorstellungen und Überzeugungen. **Wahngedanken (Wahnideen):** einzelne, abgrenzbare wahnhafte Vorstellungen, die isoliert oder kombiniert auftreten. **Paramnesien:** Wahn Erinnerungen mit psychotisch bedingter Rückdatierung von Wahneinfällen in die gesunde Vergangenheit. **Wahnwahrnehmungen:** wahnhafte Fehlinterpretation realer Sinneseindrücke (zerknittertes Papier auf Gesteig = untrügliches Zeichen für baldiges „Unglück“). **Systematisierter Wahn:** Ausbildung eines Wahnsystems durch Verknüpfung einzelner Wahngedanken; entsteht meist erst nach längerem Andauern eines Wahns.

Ich-Störungen

Fremdbeeinflussungserleben (Willensbeeinflussung): Die Unantastbarkeit des eigenen „Ich“ ist gefährdet. Die Grenze zwischen Ich und Umwelt erscheint durchlässig. Viele Erkrankte fühlen sich „von außen“ beeinflusst, gelenkt und gesteuert (wie eine Marionette oder ein Roboter). Manche glauben auch, unter Hypnose zu stehen und einem fremden Willen gehorchen zu müssen (Kriterium des „Gemachten“). **Gedankenausbreitung:** Die eigenen Gedanken breiten sich „laut“ aus, so dass sie von anderen wahrgenommen werden. **Gedankenentzug:** Eigene Ge-

danken werden abgezogen (deshalb entsteht bei den Erkrankten das Gefühl der Gedankenverarmung). **Gedankeneingebung:** Eigene Gedanken werden von außen eingegeben und manipuliert. **Derealisation:** Die Umwelt erscheint unwirklich und verändert. **Depersonalisation:** Das veränderte Erleben bezieht sich auf die eigene Person. Es treten Entfremdungserscheinungen gegenüber der eigenen Person bzw. einzelnen Körperteilen auf.

Katatonie Symptome (Auffälligkeiten der Psychomotorik)

Hypophänomene | **Stupor:** gänzliches Fehlen von Bewegung und Sprechen bei klarem Bewusstsein. **Negativismus:** Sperren gegen jede Handlung, zu der man aufgefordert wird. Teilweise wird ein reziprokes Verhaltensmuster gezeigt. (Beispiel: Als Reaktion auf die Aufforderung „Halten Sie die Augen offen!“ werden diese geschlossen.) **Katalepsie:** abnorm langes Beibehalten passiv vorgegebener und ggf. auch unbequemer Körperstellungen. **Haltungstereotypie:** Verharren in bestimmten Haltungen über lange Zeit; im Gegensatz zur Katalepsie auch angesichts äußerer Versuche der Veränderung.

Hyperphänomene | **Erregung:** sinn- und zweckloser Bewegungsdrang, psychomotorische und sprachliche Unruhe in Form von Gestikulieren, Laufen, Schlagen, Seufzen, Schreien etc. Im Zustand der katatonen Erregung (Raptus) können die Patienten toben, schreien, gegen Wände und Türen anrennen und sich dabei verletzen. Sie stellen eine Gefahr für sich und andere dar. **Bewegungs- und Sprachstereotypien:** fortgesetztes, leeres und zielloses Wiederholen von Bewegungsabläufen, Sätzen, Wörtern oder Silben. **Echopraxie:** ständiges, sinnentleertes Nachahmen von Bewegungen und Handlungen der Umgebung. **Echolalie:** unreflektiertes Nachsprechen von Gehörtem. **Manierismen:** sonderbare verschrobene/bizarre Abwandlungen alltäglicher Bewegungen und Handlungen.

Kognitive Defizite

Zu den Hauptmerkmalen schizophrener Erkrankungen zählen neben der Plus- und Minussymptomatik die kognitiven Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter. Dies hat bereits Kraepelin mit dem Ausdruck „Dementia praecox“ verdeutlicht.

MERKE

Im Grunde sind alle kognitiven Bereiche im Vergleich zu gesunden Kontrollen beeinträchtigt.

Typisch ist die Beeinträchtigung von **Aufmerksamkeit** und **Vigilanz**, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und sog. **Exekutivfunktionen**. Darüber hinaus betref-

fen die kognitiven Defizite das verbale und visuelle **Lernen** bzw. **Gedächtnis**, das Arbeitsgedächtnis und die **soziale Kognition**.

Die kognitiven Störungen können als **Prädiktoren für Probleme im Alltagsleben** (und damit auch für den Erfolg psychosozialer Rehabilitationsprogramme) und für das **soziale Funktionsniveau** angesehen werden. Sie sind daher von direkter **klinischer Relevanz**.

Vegetative Symptome

Bei schizophrener Erkrankung kann eine Vielzahl vegetativer Symptome beobachtet werden, die charakteristischerweise **episodisch** auftreten. Nicht selten ist der **Wechsel zwischen Hyper- und Hypofunktion:** Tachykardie und Bradykardie; umschriebene Vasodilatation und -konstriktion; Hyper- und Hyposalivation; Obstipation und Diarrhö; Polyurie und Oligurie; Polydipsie; Veränderungen von Libido und Potenz sowie Störungen der Schlaf-Wach-Regulation.

4.2.4 Diagnostik

Diagnosekriterien

Die Schizophreniediagnose stützt sich vornehmlich auf **Wahn, Halluzinationen** und **Ich-Störungen**, wie sie von Kurt Schneider (1887–1967) als **Symptome 1. Ranges** konzipiert wurden (Tab. 4.2). In den heutigen international etablierten Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV (Tab. 4.4) stellt der Schizophreniebegriff weitgehend eine Fusion der nachfolgend beschriebenen Konzepte dar. Neben den Symptomen 1. Ranges nach Kurt Schneider wurden hierbei sowohl Kraepelins Hinweise auf die **Bedeutung des Verlaufs** (S. 77) als auch die bereits von Bleuler beschriebenen **Grundsymptome** (Tab. 4.3) berücksichtigt.

Tab. 4.2

Einteilung der Schizophrenie-Symptome nach K. Schneider (1948).	
Symptomgruppe	Ausprägungsform
Symptome 1. Ranges	<ul style="list-style-type: none"> – akustische Halluzinationen (Gedankenlautwerden, dialogische, kommentierende und imperative Stimmen) – leibliche Beeinflussungserlebnisse – Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen – Gedankenausbreitung – Wahnwahrnehmungen – alles von anderen Gemachte und Beeinflusste
Symptome 2. Ranges	<ul style="list-style-type: none"> – sonstige akustische sowie optische, olfaktorische, gustatorische und taktile Halluzinationen – Wahneinfälle – Zönästhesien im engeren Sinne – Ratlosigkeit – depressive und frohe Verstimmungen – erlebte Gefühlsverarmung



Leucht St. / Förstl H.

[Kurzlehrbuch Psychiatrie und
Psychotherapie](#)

340 Seiten, paperback
erschienen 2018



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de