

# Schizophrene Erkrankungen

F2x

## Definition

- tief greifende psychische Erkrankung
- Betroffen sind Handeln, Denken und Fühlen des Betroffenen
- Subjektives Erleben und Objektive Tatbestände sind im Missklang
- Fehlende Krankheitseinsicht

## Epidemiologie

- **Lebenszeitprävalenz: 1–2 %**
- **Inzidenz: 1:1.000 weltweit**
- Männer = Frauen
- Erstmanifestation bei Männern zwischen 15 und 25, bei Frauen zwischen 25 und 35 Jahren

## Ätiologie

- **Multifaktorielle** Disposition (Vulnerabilität)
  - hereditäre Faktoren (Zwillings- und Familienuntersuchungen )
  - Zerebrale Schädigungen, neurobiologische Faktoren
  - Umwelteinflüsse

## Psychosoziale Auslöser

- negatives Familienumfeld mit „high expressed emotions“,
- Wohnungs- oder Arbeitsplatzwechsel
- Partnerschaften (Neubeginn, Ende)
- Ablösung vom Elternhaus

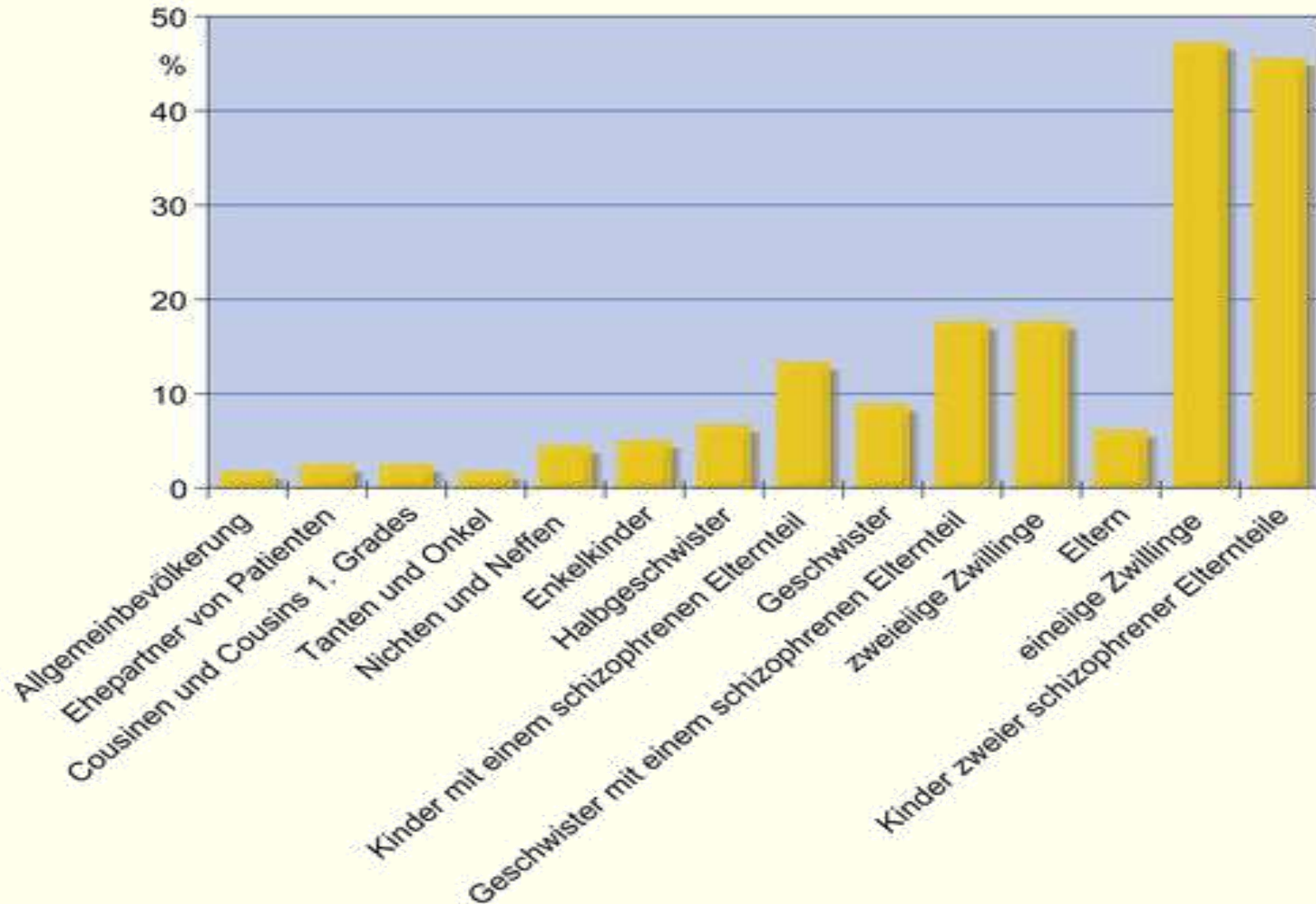
## Transmittersysteme

- Dopaminausschüttung im mesolimbischen System (Überaktivität )
- Glutamat (Glutamatmangel)
- Veränderungen des serotonergen Systems

## Hirnmorphologische Befunde

- morphologische Veränderungen in CCTs und MRTs: Erweiterung der Seitenventrikel und oft auch des III. Ventrikels, Volumenminderung im Hippocampus und in der Amygdala, mit insgesamt linksseitiger Betonung/ Hypofrontalität

# Genetik der Schizophrenie



# Klinik der Schizophrenie

## Negativsymptomatik

Passivität

Gefühlsverarmung

Affektverflachung  
(Gleichgültigkeit,  
Interesselosigkeit,  
Gefühlsleere)

Anhedonie (sozialer  
Rückzug, Unfähigkeit,  
Freude zu empfinden)

Aufmerksamkeitsstörungen

Alogie (Sprachverarmung)

## Positivsymptomatik

Halluzinationen

Wahn

Formale  
Denkstörungen (s.  
u.)

Bizarre  
Verhaltensweisen

Zwänge



# Psychopathologischer Befund Schizophrenie

Affekt

## Affekt gedrückt

- (Patient ratlos, hilflos)

## Affekt gehoben

- (läppische Gestimmtheit; lauter, enthemmter, rücksichtsloser Patient)

## Inadäquater Affekt

- (Parathymie)
- Affektlabilität

## Ambivalenz/Ambitendenz

- (das Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlsregungen bzw. Trieben)

Angst, evtl. verbunden mit sozialem Rückzug

Aggressionen oder Eigen-/Fremdgefährdung

Ich-Störung

## Ich-Störungen

- Verschwimmen der Grenzen zwischen Ich und Umwelt
- „von außen gemacht“ oder gelenkt

## Gedankenentzug

- Andere nehmen dem Patienten die Gedanken weg

Derealisation und Depersonalisation

## Gedankenausbreitung

- erlebt seine Gedanken als aufgezwungen, fremde Gedanken werden eingegeben

## Willensbeeinflussung

- Wille und Handlungen werden von außen beeinflusst und gemacht

# Psychopathologischer Befund

## Schizophrenie

### Wahn:

- mehr als 90 % der schizophrenen Patienten

### Wahnstimmung Vorstufe des Wahns

- „irgendetwas ist im Gange“

### Wahnwahrnehmung

- Umdeutung von Tatsächlich Erlebten oder Gesehenen

### Wahneinfall

- Objektiv falsche, aus krankhafter Ursache entstehende absolute Überzeugung

### Wahnthemen

- Verfolgungswahn,
- Größenwahn („Ich bin der Papst“),
- Vergiftungs- und Beeinträchtigungswahn,
- Beziehungswahn

### Halluzinationen

- akustische Halluzinationen
- z. B. in Form dialogischer, imperativer oder kommentierender Stimmen

### optisch, olfaktorisch, gustatorisch

### Leibeshalluzinationen

- von außen mit Strahlen, Apparaten und anderen Methoden elektrisch oder magnetisch beeinflusst (u.a. sexuell)
- Zönästhesien: groteske Vorstellungen

# Psychopathologischer Befund

## Schizophrenie

### Formale Denkstörungen (Denkabläufe)

#### Denkzerfahrenheit

- Zerrissener und nicht mehr synthetisierbarer Gedankenfluss

#### Begriffszerfall (Syntax)

- Begriffe verlieren ihre Idiolexis (Verschiebungen, Verdichtungen)
- Paralogie
- Vorbeireden

### Störungen der Psychomotorik

#### Katatonie

- katatoner Stupor mit vorherrschender Minussymptomatik
- katatoner Erregungszustand
- Mutismus (i.e. akinetischer...)
- Katalepsie: (wächserne Biegsamkeit = Flexibilitas cerea)
- Hyperaktivität Schreien, Schimpfen, Selbst-/Fremdaggression, in manchen Fällen stereotypes Wiederholen zweckloser Bewegungsabläufe oder von Gesagtem (Bewegungs- und Sprachstereotypien)
- Befehlsautomatie, Echopraxie, Echolalie



# Psychopathologischer Befund

## Schizophrenie

### Störungen des Antriebs und des Sozialverhaltens

- Antrieb vermehrt (akute Schizophrenie)
- vermindert (Residualsymptomatik)

### Subtypisierung der Schizophrenie nach ICD 10

- Paranoide Schizophrenie: Form) Geprägt von Wahnhaltungen (Verfolgungs-, Größenwahn) Halluzinationen (v. a. akustisch) und Ich-Störungen Erwachsene, relativ gute Prognose F20.1
- Hebephrene Schizophrenie: Alberne, läppische Stimmung, Affekt- und Antriebsstörungen, Apathie, Kontaktstörungen, z. B. Distanzlosigkeit, gelegentlich Aggressivität, enthemmtes Sozialverhalten, Jugendliche, schlechte Prognose: F20.6
- Schizophrenia simplex: Affektänderungen im Vordergrund; schlechte Prognose F20.2
- Katatone Schizophrenie gute Prognose F20.4
- Postschizophrene Depression:

# Psychopathologischer Befund

## Schizophrenie

Schizophrenie F20	Symptomatik	Prädispositionsalter und Prognose
F20.0 Paranoide Schizophrenie (häufigste Form)	Geprägt von Wahnhalten (Verfolgungs-, Größenwahn) Halluzinationen (v. a. akustisch) und Ich-Störungen	Erwachsene, relativ gute Prognose
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	Alberne, läppische Stimmung, Affekt- und Antriebsstörungen, Apathie, Kontaktstörungen, z. B. Distanzlosigkeit, gelegentlich Aggressivität, enthemmtes Sozialverhalten	Jugendliche, schlechte Prognose
F20.6 Schizophrenia simplex	Es stehen v. a. Affektänderungen im Vordergrund, fast immer ist es eine Negativsymptomatik, Nachlassen beruflicher Leistungen, Verlust mitmenschlicher Beziehungen. Psychotische Symptome werden nicht beobachtet	Progredienter Verlauf, schlechte Prognose
F20.2 Katatone Schizophrenie (selten)		Eher gute Prognose
F20.4 Postschizophrene Depression	Negativsymptomatik, die sich oft an eine psychotische Phase anschließt und länger als 2 Wochen anhält	

# Diagnosestellung Schizophrenie

Symptome ersten Ranges	Symptome zweiten Ranges
Akustische Halluzinationen (dialogische [in Form von Rede und Gegenrede], kommentierende [die unablässig das Handeln und das Verhalten des Patienten kommentieren] oder imperative Stimmen [die Befehle erteilen])	Alle anderen Halluzinationen
Wahnwahrnehmung	Wahneinfall
Gedankenlautwerden: Der Patient hört seine eigenen Gedanken	Depressive Verstimmung, Ratlosigkeit
Leibliche Beeinflussungserlebnisse (das Gefühl des Von-außen-Gemachten z. B. Bestrahlung oder Elektrisierung)	Zönästhesie (z. B. das Gefühl, als sei das Bein aus Stein)
Gedankeneingebung (s. Ich-Störungen)	
Gedankenausbreitung (s. Ich-Störungen)	
Gedankenentzug (s. Ich-Störungen)	

# Diagnosestellung Schizophrenie

## ICD-10

- ein Symptom 1. Ranges > 4 Wochen
- zwei weitere der folgenden vorliegen:
  - Schneider-Symptome 2. Ranges
  - formale Denkstörungen oder
  - Katatonie oder
  - Negativsymptomatik (nach Ausschluss einer Depression)

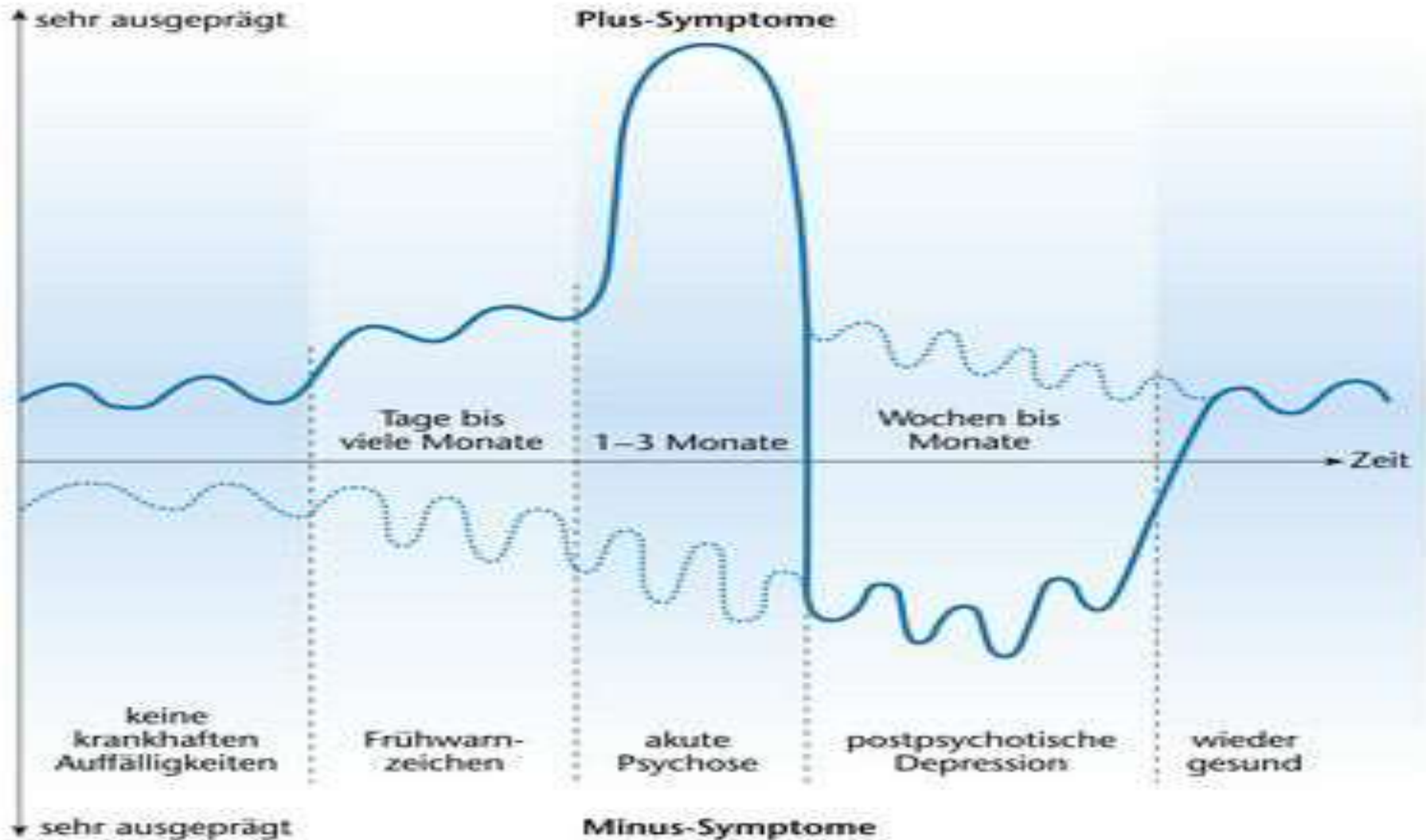
## kürzerer Manifestationsdauer

- **akute schizophreniforme Störung.**

## Differenzialdiagnosen

- Substanzmissbrauch: Kokain, Amphetamin, Halluzinogene, Alkohol
- Organische Erkrankungen: Hirntumor, ZNS-Infektion, Epilepsie, Autoimmunerkrankungen
- Andere psychische Erkrankungen: wahnhafte Störung, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Mischbilder wie schizoaffektive Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

# Differentialdiagnose Schizophrenie



## Prodromalphase

ein bis fünf  
Jahre

Zunehmende Negativsymptomatik mit sozialem Rückzug, schwindendes Engagement in allen Lebensbereichen, Konzentrationsstörungen, emotionale Distanzierung, Stimmungslabilität bis hin zur unzureichenden Körperhygiene und Apathie



## Verlauf nach Ausbruch

ein akuter Beginn und eine anschließende Vollremission sind prognostisch günstig

Teilremissionen mit Residualsymptomatik (Typisches Residualsyndrom)

Atypisches Residualsyndrom

Residualsymptomatik > 3 Jahre, ungünstige Prognose

## I. Einfache Verläufe

1. Akut zu schweren chronischen Zuständen  
Kommt kaum mehr vor



2. Chronisch zu schweren chronischen Zuständen

5 – 10%



3. Akut zu leichteren chronischen Zuständen

um 5%



4. Chronisch zu leichteren chronischen Zuständen

15 – 25%



## II. Wellenförmige Verläufe

5. Wellenförmig zu schweren chronischen Zuständen

kaum über 5%



6. Wellenförmig zu leichten chronischen Zuständen

20 – 25%



7. Heilung nach wellenförmigem Verlauf

35 – 40%



## III. Andere Verläufe

um 5 %



## Rückfälle

- Frühwarnzeichen
- durch vorhergehende Phasen bekannt
  - Ruhelosigkeit
  - Schlafstörungen
  - Nervosität, Licht- oder Geräuschempfindlichkeit
  - Überforderungsgefühl
  - Verlust der Freudfähigkeit, sozialer Rückzug

## Langzeitprognose (Drittelregel)

- 1/3 der Patienten erlebt eine vollständig Remission und keine oder nur wenige Rezidive
- 1/3 verläuft die Krankheit in Phasen unterschiedlich stark ausgeprägter Symptomremission
- 1/3 finden sich schizophrene Residuen mit ausgeprägter Negativsymptomatik oder chronische Schizophrenien
- 50% bleibt erwerbsfähig



## Komplikationen

- Suizid
  - häufigste und ernsthafteste Komplikation
  - Gefahr der imperativen Stimmen, die selbstschädigendes Verhalten befehlen

## Neuroleptika

- Mittel erster Wahl
- klassische (hoch- und niedrigpotente) und atypische Substanzen

## Hauptwirkmechanismus

- Blockade von
  - Dopamin-, v. a. D<sub>2</sub>-Rezeptoren
  - m-Cholinozeptoren,
  - α-Adrenozeptoren,
  - Serotoninrezeptoren
  - Histaminrezeptoren



Vergleich niedrigpotenter mit hochpotenten Neuroleptika		
	Niedrigpotent	Hochpotent
Vorteile	Geringere Affinität zu D <sub>2</sub> -Rezeptoren	Hohe D <sub>2</sub> -Rezeptor-Affinität → geringere Dosis erforderlich für gleiche antipsychotische Wirkung, wirkt stark antipsychotisch
Nachteile	Weniger EPMS, dafür mehr vegetative Nebenwirkungen (s. u.) und stärkere Sedierung, schwächere antipsychotische Wirkung	Schwache Sedierung, hohes Risiko für EPMS (s. u.)
Wirkstoffe	Levomepromazin (Neurocil®), Promethazin (Atosil®), Perazin (Taxilan®)	Haloperidol (Haldol®), Flupentixol, Pimozid, Bromperidol
Vergleich klassischer mit atypischen Neuroleptika		
	Klassisch	Atypisch
Vorteile	Niedrige Therapiekosten	Wirkung bei Negativsymptomatik, selten EPMS
Nachteile	Häufigeres Auftreten von EPMS	Höhere Kosten, NW wie Gewichtszunahme (ggf. metabolisches Syndrom), Blutbildveränderungen (v. a. Clozapin)
Wirkstoffe	S. o.	Clozapin (Leponex®), Risperidon (Risperdal®), Amisulprid, Olanzapin (Zyprexa®), Zotepin, Ziprasidon, Quetiapin (Seroquel®)

akuten Schizophrenie, deren Langzeitprophylaxe die Manie und psychomotorische Erregungszustände

## Therapieresistenz

- bis Wochen keine Besserung
- Therapieresistenz

## Beachten

- Kommen andere Substanzklassen in Betracht
- Medikament ausreichend lange und in ausreichender Dosierung
- Compliance ausreichend
- andere Verabreichungsform in Tropfen- oder i. m.-Form
- Beeinflussen Medikamente die Metabolisierung der Neuroleptika
- Ist die Therapieresistenz eine Nebenwirkung
- Reservepräparat Clozapin
- Elektrokrampftherapie ?

## Auswahl

- Hauptsymptome (Plus-/Minussymptome)
- Bisheriges Ansprechen auf eine Substanz und deren Verträglichkeit
- Nebenwirkungsprofil, Kontraindikationen
- Wunsch des Patienten
- Applikationsform (Depot/oral)

Name	Gabe	Intervall
Flupentixoldecanoat (Fluanxol®)	l. m.	Alle 2–4 Wochen
Risperidon (Risperdal Consta®)	l. m.	Alle 2 Wochen
Haloperidoldecanoat	l. m.	Alle 4 Wochen
Paliperidon (Xeplion)	l. m.	Alle 4 Wochen
Olanzapin (Zypathera)	I.M	Alle 4 Wochen

## Depotneuroleptikum

- Rückfallhäufigkeit gesenkt
- Schwere eines Rezidivs signifikant abgemildert

## Malignes neuroleptisches Syndrom (MNS)

- ernste, und seltene Komplikation
- Symptome: Fieber, Rigor, Blutdruckerhöhung, Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma
- Letalität von bis zu 20 %
- vegetativen Entgleisung: Komplikationen des Rigors, der Rhabdomyolyse, akutes Nierenversagen

## Reaktion

- Absetzen der Medikation
- Intensivstation
- Abklingen der Symptome erst nach ca. 10 Tagen

# Schizophrenie

## Weitere Behandlungen

### Soziotherapie

- Miteinbeziehung der Angehörigen
- Wohnungs- und Arbeitsplatzbeschaffung oder –sicherung
- Milieuthherapie
- Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie)
- Strukturierung des Tagesablaufs

### Psychotherapie

- supportive Maßnahmen
- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologische Verfahren sind schwierig und erfahrenen Therapeuten vorbehalten
- psychohygienische Maßnahmen (Stressbewältigung und -prophylaxe)

## Schizophrenie

### Erkrankung

- verschiedensten Ausprägungen

### Erhebung

- psychopathologischer Befund (Denkstörungen, Wahn, Halluzinationen etc.)

### unterschiedliche Krankheitsbeginn

- Männern mit 15–25 Jahren deutlich unter dem der Frauen liegt (25–35 Jahre)

### ätiopathogenetisches Modell zur Entstehung der Schizophrenie fehlt

- Genetik, Umweltfaktoren und individuellen Persönlichkeitsanteilen

### Diagnosestellung

- ICD 10
- Kurt Schneider
- organische Ursache ausschließen
- Offenbarung der Diagnose

### Krankheitsverläufe

- gutartige mit einmaligem Schub und Spontanremission
- Meistens Schüben
- Rezidivprophylaxe und Früherkennung

### drei Pfeiler der Therapie

- Pharmakotherapie, Sozio- und Psychotherapie
- Antipsychotika
- Rezidivprophylaxe mit Neuroleptika

### Konzept

- Reduktion der Schübe
- Plan und Kompetenzen vermitteln
- 12 Monate Neuroleptika beim ersten Schub