

Schizophrenie



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Unter dem Begriff werden eine Reihe psychotischer Störungen zusammengefasst, die sich durch Störungen des **Denkens, der Emotion und des Verhaltens** kennzeichnen

Aufbau

- Symptome einer psychotischen Phase
- Kriterien nach dem ICD-10
- Unterscheidung paranoide, hebephrene und katatone Schizophrenie
- Abgrenzungen zu anderen Störungen
- Schizophrenie in der Gesellschaft
- Epidemiologie
 - Social Drift vs. Soziogene Hypothese
 - Schizophrenie und Genie
- Verlauf der paranoiden Schizophrenie
 - Exkurs Schamanismus
- Diathese-Stress-Modell
- Fallbeispiel
- Therapiemethoden
 - Psychopharmakotherapie
 - Psychosoziale Therapien

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

ICD-10

- F20 Schizophrenie
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhafte Störung
- F23 akute vorübergehende psychotische Störung
- F24 induzierte wahnhafte Störung
- F25 schizoaffective Störung
- F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen

Gruppen 1a-1d

(eindeutige Symptome)



- a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körperwahrnehmungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen
- c. Kommentierende oder dialogische Stimmen oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen
- d. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn

Symptome der Gruppen 2a-2d

- a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend
- b. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss
→ Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen
- c. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen oder wächsernde Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor
- d. Negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. **Achtung**: Symptome dürfen **nicht** durch Depression oder neuroleptische Medikation verursacht sein.

Diagnostische Leitlinien für Schizophrenie (1)

- Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1. (a) bis (d)
 - 2 oder mehr, wenn weniger eindeutig
- oder –
- mindestens zwei Symptome der Gruppen 2.(a) bis (d)

Diagnostische Leitlinien für Schizophrenie (2)

- Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein
- Zustandsbilder als akute schizophreniforme Störung (F23.2) diagnostizieren
- Möglicherweise Identifikation von Prodromalphase
(Interessenverlust an Arbeit, leichte Depression, mangelnde Körperhygiene, GAS etc.)

Die paranoide Schizophrenie

F20.0

- Häufigste Schizophrenieform
- Halluzinationen (oft akustisch, auch olfaktorisch) und Wahnphänomene dominieren
- Denkstörung vorhanden
- Inadäquatheit des Affekts, Verflachung selten
- Streitbarkeit
- Erstauftritt häufig erst im späteren Lebensalter
- Bessere Kurz- und Langzeitprognose

Die paranoide Schizophrenie

F20.0

- Verschiedene Wahnvorstellungen möglich:
 - Verfolgungswahn, Größenwahn, Beziehungswahn, Eifersuchtswahn, Sendungswahn, Abstammungswahn, Coenästhetischer Wahn, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Hypochondrischer Wahn...
- Woher kommen Ideen der Wahnvorstellungen?
Realitätsbezug?
 - z.B. Verfolgungswahn in bestimmten Kulturen wenig spezifisch

Die hebephrene Schizophrenie

F20.1

- Verflachter und/oder inadäquater Affekt dominiert
- Desorganisiertes Verhalten
 - verantwortungslos und unvorhersehbar
 - Kichern
 - selbstversunkenes Lächeln
 - Grimassieren, Faxen, Manierismen
 - Hypochondrie

Die hebephrene Schizophrenie

F20.1

- Anhedonie (Antriebsstörung)
 - Apathisch-indifferent
 - rastlos-enthemmt
 - ungeniert-distanzlos
- Sprache (ungeordnet, weitschweifig, verfahren)
- Prämorbidie Persönlichkeit meist schüchtern und einzelgängerisch
- Ungünstigere Prognose (Chronifizierung)

Die katatone Schizophrenie

F20.2

- Psychomotorische Störung beherrschen klinisches Bild
- Hypokinese oder Hyperkinese (Erregung)
- Bewegung durch z.B. Haltungsstereotypen wächserne Biegsamkeit, Starre, Stupor gekennzeichnet
- Mutismus, Negativismus, Befehlsautomatismus,
- Halluzination möglich
- Erschöpfungs- und Mangelzustände
- Epidemiologische Auffälligkeit: In Industrieländern selten

Die katatone Schizophrenie

F20.2

- Allein katatone Symptome rechtfertigen keine Schizophreniediagnose
- Zusätzlich zu Negativsymptomatik mit psychomotorischen Störungen muss folgendes auftreten:
 - Frühere psychotische Episode
 - Verminderte floride Symptome von min. einem Jahr
 - Keine möglichen anderen Erklärungen der Negativsymptomatik (Hirnerkrankung, Depression)

Paranoide, hebephrene, katatone und andere Schizophrenien

- Die Unterteilung in diese Subtypen ist fraglich:
 - Prognostisch nicht valide, d.h. nur wenige Informationen für spezielle Behandlungsmethoden
 - Diagnose schwierig, da bei allen Typen Wahnideen auftreten können
 - Aber: Genauigkeit des Krankheitsbild für Angehörige und Patient relevant

Abgrenzung zu anderen Störungen

- zur schizotypen Störung
- zur wahnhaften Störung
- zur schizoaffektiven Störung

Abgrenzung zur schizotypen Störung nach F21

- Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung
- Wirken schizophren, obwohl kein Auftreten eindeutiger und charakteristischer schizophrener Symptome
- Kein beherrschendes, typisches Merkmal:
 - Inadäquater oder eingeschränkter Affekt
 - Seltsames, exzentrisches Verhalten/ Erscheinung
 - Zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand, oft mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten
 - Etc.

Abgrenzung zur anhaltenden wahnhaften Störungen nach F22

- Langandauernder Wahn als einiges, auffälliges klinisches Symptom
- Störungen nicht organisch, schizophren oder affektiv zu diagnostizieren, auch nicht vor dem Auftreten des Wahns
- Wahnvorstellungen auf die Person bezogen und nicht subkulturell bedingt
- Depressive Episoden möglich

Abgrenzung zu schizoaffektiven Störungen nach F25

- Episodische Störungen
- Gleichzeitiges, höchstens durch einige Tage getrenntes Auftreten von affektiven und schizophrenen Symptomen in derselben Krankheitsphase
- Bei Leiden unter schizoaffectiven Episoden mit eher manischen als depressiven Symptomen ⇒ gewöhnlich vollständige Remission, selten Entwicklung von Residuum

Schizophrenie in der Gesellschaft

- Begriffsherkunft: altgriechisch
schizein = **gespalten** und
phren = **Seele**, Zwerchfell
- Bleuler verwendete erstmals den Begriff Schizophrenie in der Psychiatrie 1908
- Umgangssprachlich überlebte Bedeutung der Persönlichkeitsspaltung



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Schizophrenie in der Gesellschaft

- Vorurteile:
Schizophrene sind...
 - gespalten in ihrer Persönlichkeit
 - gewalttätig
 - „Psychopathen“
 - selbst schuld
 - hochintelligent
 - unberechenbar



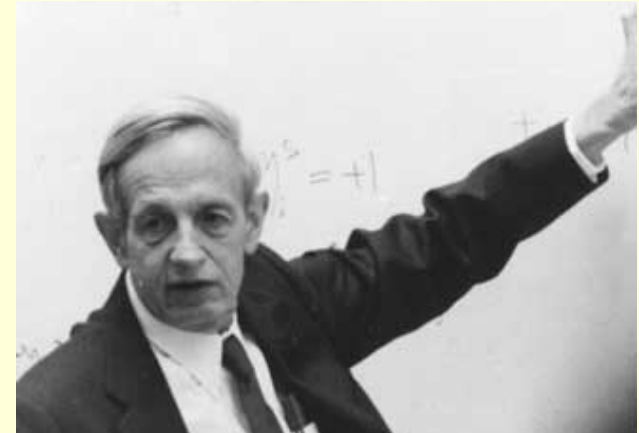
Genie und Wahnsinn: nur Irrtum und Klischee?



Fr. Hölderlin
1770-1843



R. Schumann
1810-1856



J. Nash Jr.
*1928

- Historisch: Diagnose nur mutmaßlich
- Studie: Bei „Genies“ Neigung, eintreffende Reize unsortiert und als gleichwertig wahrzunehmen
- Studie: In Familien von Mathematikern 3-fach höhere Psychosenanfälligkeit

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

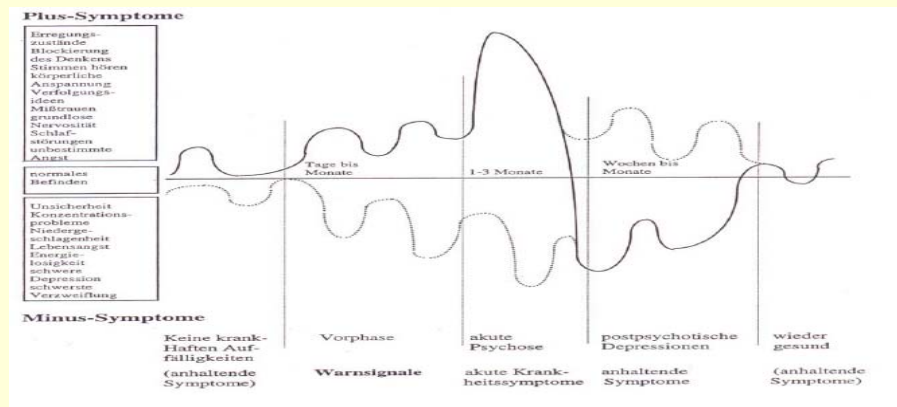
Verlauf der Schizophrenie

Differenzierung im ICD-10:

F20.x0	kontinuierlich
F20.x1	episodisch, mit zunehmendem Residuum
F20.x2	episodisch, mit stabilem Residuum
F20.x3	episodisch remittierend
F20.x4	unvollständige Remission
F20.x5	vollständige Remission

Verlauf der Schizophrenie

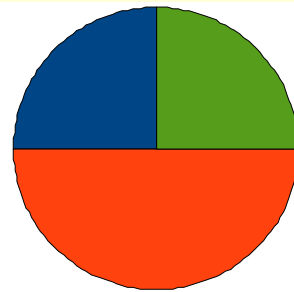
- **VERLAUF:** 43% chronischer, kontinuierlicher
50% wellenförmig, episodisch
- **Prodromalphase**
- **Beginn:** bei 43% akut
44% chronisch
- **Aktive Erkrankungsphase als Wechsel von psychotischen Phasen und Remission**



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Verlauf der Schizophrenie

- VERLAUF: 43% chronischer, kontinuierlicher
50% wellenförmig, episodisch
- Prodromalphase
- Beginn: bei 43% akut
44% chronisch
- Aktive Erkrankungsphase als Wechsel von psychotischen Phasen und Remission
- Residualsymptomatik: Negativsymptomatik



Ca. 25% vollständige Remission
50% teilweise Remission
25% schwerer Verlauf

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: 1%
 - Variierend bis zu 3,9% (Isolation der Population)
- Keine geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz
- Erstmalige Erkrankung im 3. Lebensjahrzehnt
→ bei Männern im Durchschnitt früher (M: 15-25, W: 25-35)
- Saisonale Effekte:
überproportionale Erkrankung während der Wintermonate
- Alleinstehende Personen
- Keine signifikanten Befunde zur Kulturzugehörigkeit
- Signifikant häufig in unteren sozialen Schichten

Social Drift oder Soziogene Hypothese?

- **Soziogene Hypothese:**
Stressoren wegen Benachteiligungen in der Unterschicht tragen zur Entwicklung der Schizophrenie bei (Belastungsfaktor und Krankheitsprädiktor)
- **Social Drift Theorie:**
Die Beeinträchtigung und soziale Isolation die mit der Krankheit einhergehen, lassen Menschen in untere soziale Schichten abrutschen
→ neuere Studien bestätigen diese Hypothese

Obdachlosenproblematik

- Wenig wissenschaftliche Daten über Gruppe der Obdachlosen
- Schätzung und Stichproben: **Prävalenz : >15%**
- Zwei Drittel der Obdachlosen sind alkohol- und/oder drogenabhängig
- Komorbidität der schizophrenen Störungen mit Substanzmissbrauch überproportional hoch
 - kein Aufsuchen von Ärzten oder
 - wenn schon in medikamentöser Behandlung: keine gute compliance
- Schlechte medizinische Betreuung (z.B. Praxisgebühr)

Exkurs: Schamanismus und Schizophrenie



- Normen: „Wie, du bist nicht in Kontakt zu deinen Ahnengeistern?“
- Teilw. psychotische Phasen: Initiationskrise und schamanische Reise
- Coping durch Neuinterpretation
- „Spirituelle Krise“: Pathologisierung und Idealisierung

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

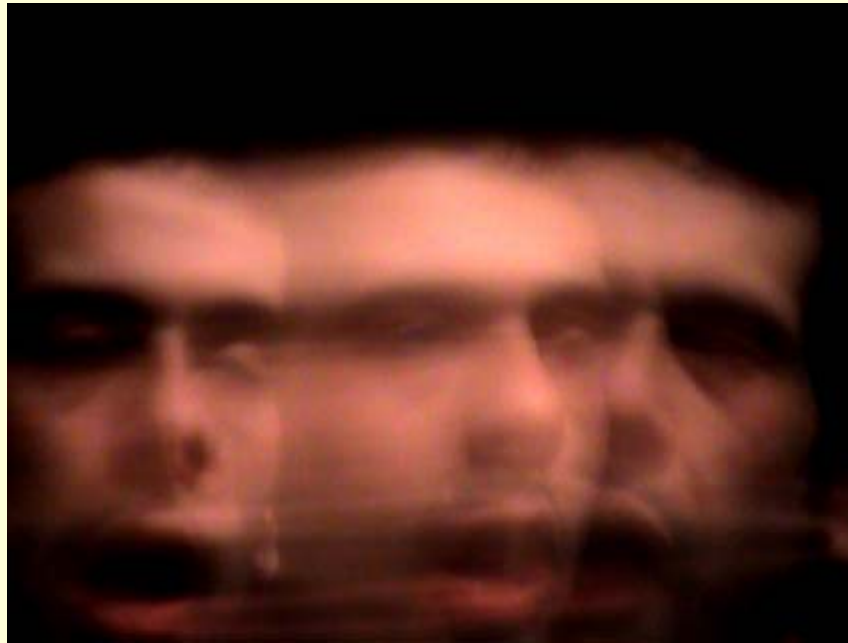
Exkurs: Schamanismus und Schizophrenie



- Normen: „Wie, du siehst keine Geister?“
- Teilw. psychotische Phasen: Initiationskrise und schamanische Reise
- Coping durch Neuinterpretation
- „Spirituelle Krise“: Pathologisierung und Idealisierung

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

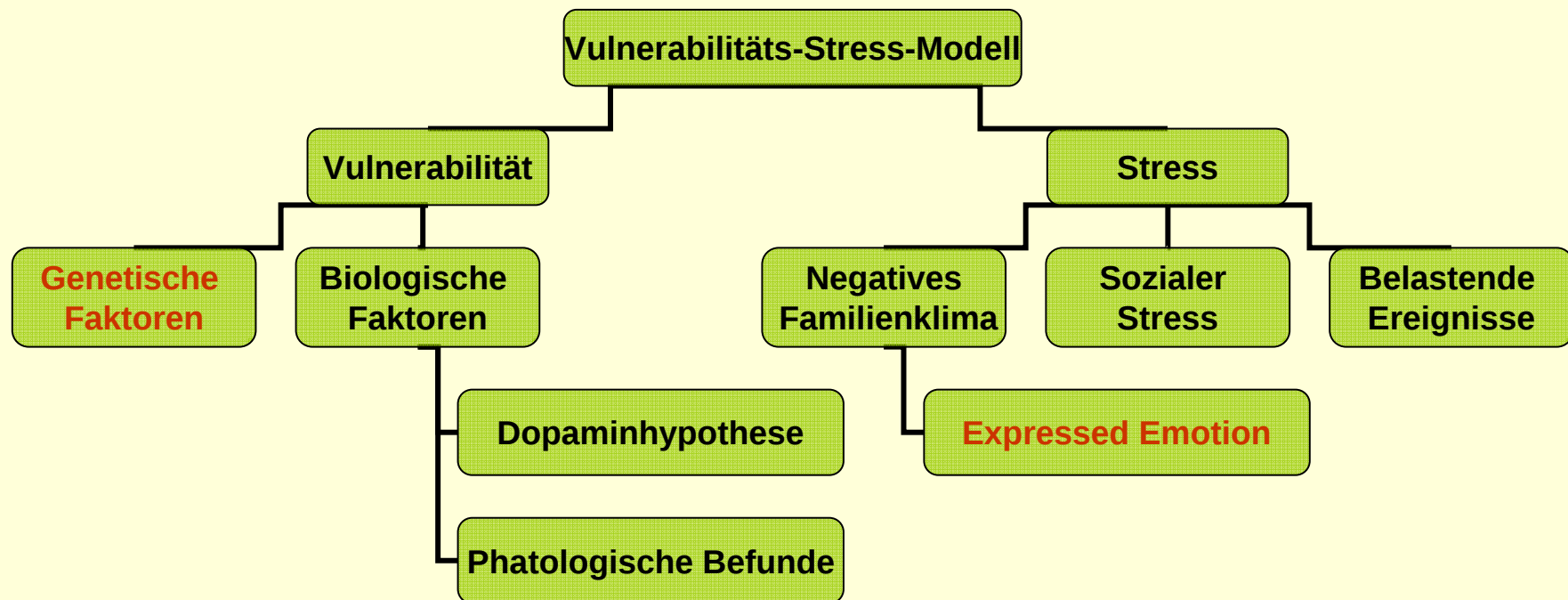
Ätiologie



Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Genetische Prädisposition

Schizophrenierisiko gemäß europäischen Familien- und Zwillingsuntersuchungen (nach Gottesman, McGuffin & Farmer, 1987)

Beziehung zum Probanden	Anteil schizophrener Menschen (%)
• Ehepartner	• 1,00
• Enkel	• 2,84
• Nichten/ Neffen	• 2,65
• Kinder	• 9,35
• Geschwister	• 7,30
• Zweieiige Zwillinge	• 12,08
• Eineiige Zwillinge	• 44,30

Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Augenfolgebewegungen

- Untersuchung von Verwandten von Schizophreniepatienten
- Wie gut können Verwandte einem bewegten Objekt folgen?
- Schizophrene und 50% der Verwandte ersten Grades schneiden schlecht ab! (Holzmann, 1995)
- Hinweis auf ein Problem in verschiedenen Bereich des Gehirns (Frontallappen, Temporallappen, Zerebellum)

Expressed Emotion



- **HIGH** („schlecht“) versus **low** („gut“)
- Kritik, Feindseligkeit gegenüber Patienten
 - Annahme von Angehörigen: „Patienten haben Kontrolle über Symptome!“
- und/oder starkes emotionales Überengagement bei Angehörigen
- Grund: Mangelndes Krankheitswissen

Expressed Emotion

Ursache oder Folge?

- Ursache für Verschlechterung der Symptomatik, erhöhte Rückfallquote
(nach 9 Monaten: High EE: 58% Rückfallquote; Low EE: 10 % Rückfallquote, Weisman et al., 1998)
- Aber: High EE auch als eine Reaktion auf Negativsymptomatik (Rosenfarb et al., 1994)

Sozialer Stress

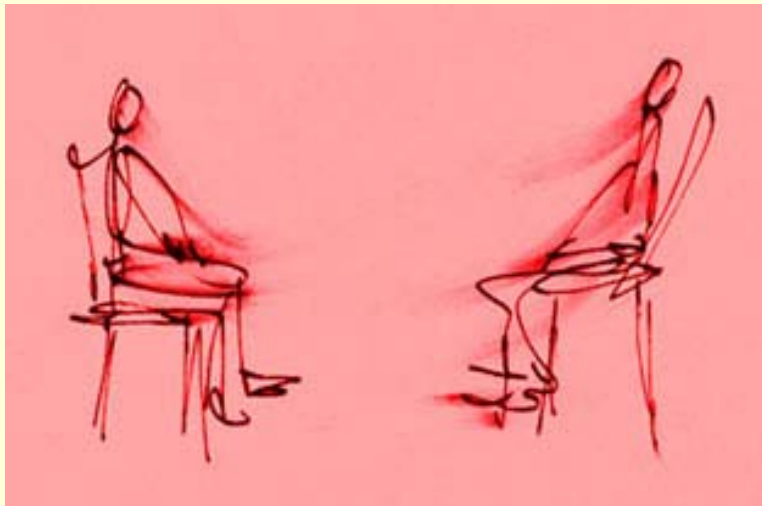
- Soziogenese?
- Ethische Zugehörigkeit?
- Social-Drift-Theorie

Fallbeispiel

- Ordnet die Symptome in folgende Kategorien:
 - Emotional
 - Kognitiv
 - Verhalten
 - Physiologisch
- Findet mögliche Ursachen und Auslöser für die Erkrankung!
- Kommt zu dem Urteil, ob sich hier eine Schizophrenie diagnostizieren lässt!
(Im Plenum)

Therapiemethoden

- Psychopharmokathérapie
- Psychosoziale Therapien



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09

Pharmakotherapie



- **Chlorpromazin** (seit 1952): „Dopaminhypothese“
 - Beeinflusst nur Positivsymptomatik
 - Unangenehme Nebenwirkungen
 - Compliance gering: 50% Abbruch nach 1 Jahr
 - „Erhaltungsdosis“
- **Atypische Neuroleptika**
 - Clozapin: Serotoninrezeptoren; geringere Nbw.
 - Risperidon: Verbessert Arbeitsgedächtnis

Pharmakotherapie



Fazit:

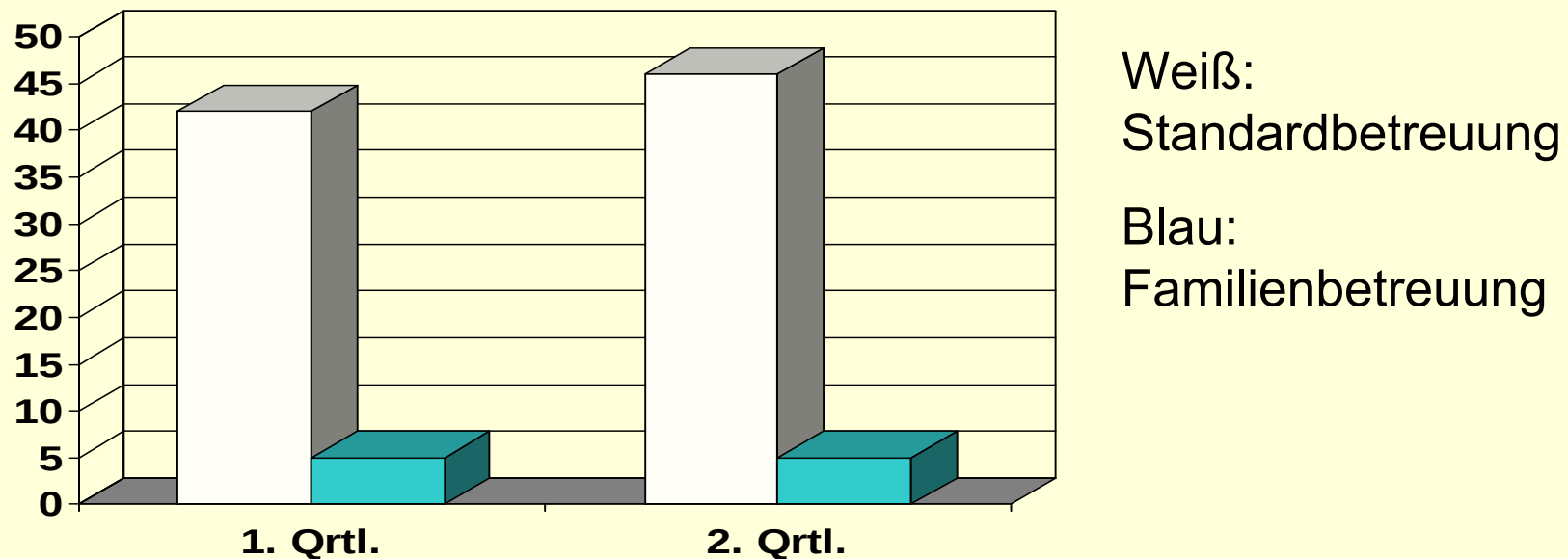
- Besonnenheit bei Verabreichung von Neuroleptika
- Psychosoziale Faktoren im Behandlungsplan berücksichtigen
- Hoffnung auf Entwicklung nebenwirkungsarmer Medikamente

Psychosoziale Therapien

- Setting: während stationärer und ambulanter Therapie, Nachsorge
- Mögliche Behandlungsarten:
 - Kognitive Verhaltenstherapie (Expressed Emotion, Strukturierungsangebote)
 - Erkennen der Prodromalphase
 - Familientherapie: Kommunikations- und Problemlösestrategien
 - Sozialtherapie
 - Psychoedukation

Psychosoziale Therapien

- Relevante Wirkung auf Rückfallquoten:
- BMBF- Studie des Max Planck Instituts:



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09



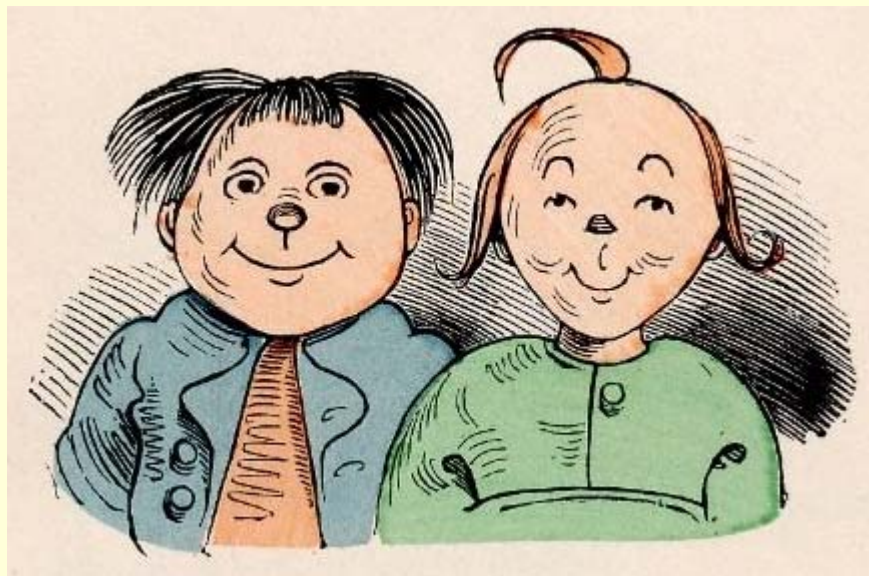
Psychoedukation

- Genaue Aufklärung über das Krankheitsbild
- Informationen über Expressed Emotion
- Medikamente – Compliance
- Aufklärung über unterstützende Wirkung und Einfluss auf Rückfallsquoten durch psychosoziale Therapien

Was ihr mit nach Hause nehmen sollt:

- Keine Stigmatisierung!
- Gesellschaftlich: Andere Umgangsformen mit der Krankheit sind möglich
- Therapeutisch: unterstützende Wirkung von psychosozialen Therapien
- Ätiologie: hohe genetische Prädisposition allein nicht ausreichend für Erkrankung
- sich überschneidende Diagnosekriterien
→ Abgrenzung fragwürdig

Vielen Dank für eure
Aufmerksamkeit!



Von Lukas Herrmann, Deborah Kaiser, Jule Westerheide
Seminar Klinische Psychologie, WS 08/09