

Was ist eine Schizophrenie?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Die Schizophrenie ist die wohl rätselhafteste psychische Erkrankung, die wir kennen. Es handelt sich dabei um eine schwere chronische Hirnkrankheit, die sich durch ein anhaltendes, charakteristisches Muster von Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, der Ich-Funktionen, der Emotionalität und des psychomotorischen Antriebs auszeichnet. Das heißt, dass die Erkrankung die Persönlichkeit eines Menschen, seine Interaktion mit der Umwelt komplett verändern und seine Beziehungen zu Angehörigen, Freunden und am Arbeitsplatz zerstören kann. Bei chronischen Verläufen kann es auch zu anhaltenden Störungen der Konzentration, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit kommen, weshalb die Erstbeschreiber der Erkrankung im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts den Begriff der „Dementia praecox“ prägten. (Morel, Kraepelin, Bleuler). Die häufigste Todesursache bei Schizophrenen ist der Suizid. Das Selbstmordrisiko ist zwanzigmal höher als in der Gesamtbevölkerung. (10–15 % der Erkrankten).

Junge Männer mit schwerem chronischem Verlauf und krankheitsbedingt geringem Vertrauen in medizinische Hilfe sind besonders gefährdet. Die Enthospitalisierungsbewegung seit den 70er-Jahren hat die Mortalität durch Suizid in dieser Erkrankungsgruppe steigen lassen.

Weltweit kommt die Schizophrenie laut WHO in allen bisher untersuchten Kulturen in etwa gleich häufig vor. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 1 %, das heißt, jeder hundertste Mensch erlebt einmal im Leben eine schizophrene Episode. In Deutschland sehen wir etwa 13.000 Neuerkrankte im Jahr. Zum Ver-

gleich: das entspricht etwa der Häufigkeit von Rheuma-Erkrankungen.

Ein zunehmendes Problem ist das gemeinsame Auftreten von Schizophrenie mit dem Konsum von illegalen Drogen und Alkohol. Zum Einen nimmt bei steigendem Cannabis-Konsum unter Jugendlichen die sogenannte „drogeninduzierte Psychose“ zu, zum Anderen verschlechtert die Doppeldiagnose Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit die Prognose ganz erheblich. Bei letzterem ist der Weg in die Nicht-Seßhaftigkeit mit allen weiteren somatischen und psychischen Risikofaktoren häufig.

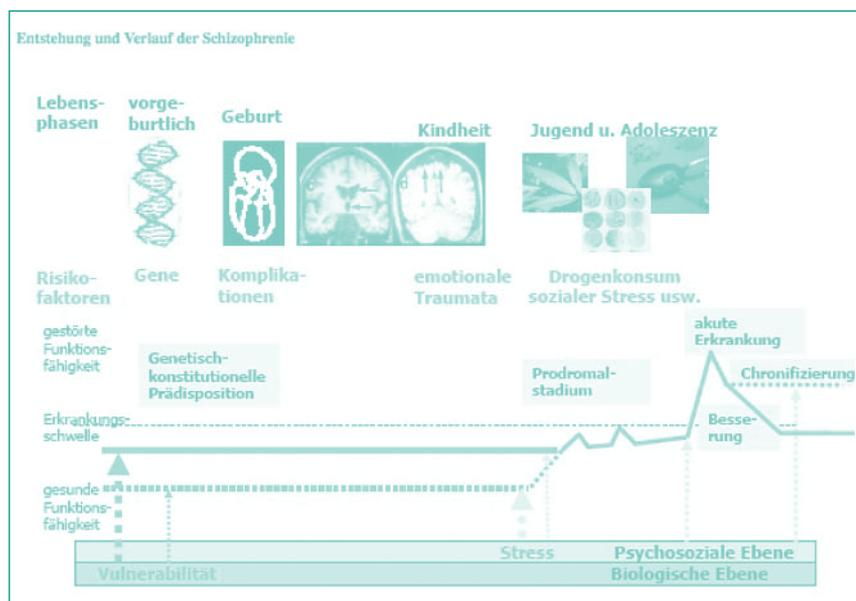
Als Ursache wird ein multifaktorielles Geschehen angenommen. Störungseinflüsse werden sowohl genetisch, in der fetalen Hirnentwicklung im 2. Trimenon („Hirn-Vernetzungsstörung“), in der Regulation von Dopamin- und Serotonin-Rezeptoren („Rezeptor-Regulationsstörung“) als auch möglicherweise durch eine Kombination von Virus-Infekten gesehen.

Die untenstehende Abbildung (Quelle: Kompetenznetz Schizophrenie) fasst diese komplexen Vorgänge zusammen: Ausgegangen wird grundsätzlich von einem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, das erklären kann, wieso manche Menschen trotz z.B. genetischer Prädisposition nicht erkranken, andere jedoch ohne jegliche Vorwarnung die Krankheit bekommen können.

Wie erkenne ich eine Schizophrenie

Da die Krankheit in der Regel mit manchmal jahrelangen, sehr unspezifischen Symptomen beginnt, ist die Diagnose oft gar nicht so einfach zu stellen. Erst in der Längsschnittbeobachtung stellt sich dann ein typisches Symptommuster dar.

Über mehrere Jahre treten nach und nach Veränderungen in der psychischen Befindlichkeit, im Sozialverhalten und bei Denk- und Wahrnehmungsprozessen



sen auf, lange bevor die Erkrankung sich in einer ersten psychotischen Episode äußert. Kennzeichnend für diese Prodromal-Phase ist, dass Gedanken durcheinander geraten, dass der logische Gedankenfluss durch Nebensächliches gestört wird, dass eine gedrückte Stimmung vorherrscht, dass Schlafstörungen auftreten und dass Angst zum dominierenden Gefühl wird. Häufig kommt es zu einem „Leistungsknick“ in Ausbildung oder Studium.

Die Wahrnehmung der Umwelt verändert sich sukzessive, oft kommt es zu einem zunehmenden sozialen Rückzugsverhalten.

Um die Diagnose sicher stellen zu können, muss man zunächst eine organische Ursache, wie z. B. eine Hirnverletzung, einen Hirntumor, ein fetales Alkoholsyndrom oder einen entzündlichen Prozess ausschließen. Im nächsten Schritt wird abgeklärt, ob die Psychose durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch hervorgerufen wird. Schließlich muss eine diagnostische Abgrenzung von affektiven, „neurotischen“ sowie kindlichen Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen erfolgen. Der vierte diagnostische Schritt dient der Differenzierung innerhalb des schizophränen Spektrums (paranoid-halluzinatorisch, coenästhetisch, hebephren, undifferenziert), was für die Prognose und das Therapiekonzept von Bedeutung ist.

Die Diagnose erfolgt anhand des ICD-10:

Leitsymptome einer schizophränen Psychose sind:

1. Ich-Störungen: Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl der Fremdsteuerung bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen oder andere Stimmen, die aus einem Körperteil kommen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt

Um die Diagnose sicher stellen zu können, muss gemäß ICD-10 entweder fast ständig, während mindestens eines Monats zumindest ein eindeutiges Symptom der Gruppe 1–4 vorliegen, oder es müssen mindestens zwei Symptome der Gruppe 5–8 vorhanden sein.

Die „produktiven“ Symptome wie Halluzinationen, Wahn und Ich-Störungen fasst man unter dem Begriff „Positiv-Symptomatik“ zusammen, die Interessesverarmung, den sozialen Rückzug, die Affektverflachung so wie die einer Depression ähnelnde postpsychotische Erschöpfung unter dem Begriff „Negativ-Symptomatik“.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Tritt eine Schizophrenie im Arbeitsalltag durch eindeutige „Positiv-Symptome“, das heißt durch ein auffälliges Verhalten, das sofortige Rückschlüsse auf das Vorliegen eines Wahns erlaubt, in Erscheinung, liegt der Verdacht auf eine psychotische Erkrankung nahe. Je nach Ausprägung ist hier eine stationäre Behandlung zunächst sinnvoll.

Dieses eindeutige Krankheitsgeschehen steht jedoch häufig nicht im Vordergrund.

Eher wird der Arbeitsmediziner mit einem Beschäftigten konfrontiert, von dem die Kollegen sagen, dass er mit der Zeit merkwürdiger geworden ist, sich zurückzieht, misstrauisch geworden ist, nicht mehr mit in die Kantine geht, in seiner Leistung nachlässt, sein Äußeres verändert, vielleicht manchmal Selbstgespräche führt, als ob er „innerlich mit jemandem in Verbindung stünde“. Der Betroffene selbst hat oft kein Krankheitsgefühl, hat aber die Überzeugung, als sei um ihn herum etwas im Gange, als habe sich etwas verändert. Manch-

mal tritt auch ein auffälliges bis bizarres Verhalten auf. Zum Beispiel kann ein schizophrener Erkrankter von heute auf morgen Kollegen nicht mehr grüßen, weil er wahnhaft davon überzeugt ist, dass er von diesen überwacht und ausgespioniert wird. Vielleicht hört er auch deren Stimmen, die sich abfällig oder höhnisch über ihn äußern und glaubt, dass sein Telefon im Büro abgehört wird.

Auf den Grußboykott angesprochen, mag er vielleicht unangemessen aggressiv reagieren, kollegiales Nachfragen nach seinem Befinden als Hohn und Spott erleben und die Kollegen beschimpfen.

Wichtig für den Arbeitsmediziner ist, den Beschäftigten dann nicht zu stigmatisieren. Das heißt, er sollte ihn nicht als „verrückt“ bezeichnen, ihn nicht damit konfrontieren, dass „er sich das alles einbilde“, sondern zunächst seine sicherlich vorhandene Angst, Anspannung und sein Misstrauen ansprechen. So wird häufig nach und nach ein ganzes Wahngebäude mitgeteilt. Als besonders ängstigend werden die für die Krankheit charakteristischen Ich-Störungen erlebt, das heißt, der Betroffene fühlt sich in seinen Gedanken, seinem Fühlen, seinem Innersten, seinem Ich nicht mehr „zu Hause“ und geschützt. Er ist davon überzeugt, dass andere seine Gedanken lesen können, ihm Gedanken eingeben oder entziehen können oder im Rundfunk/ Fernsehen auf seine Gedanken Bezug genommen wird, dass bestimmte Sätze direkt an ihn gerichtet sind etc. Kommen dann akustische Halluzinationen hinzu, sitzt er vollends in der Falle seiner Erkrankung.

Wichtig ist, sich klar zu machen, dass die Wahninhalte für den Betroffenen die subjektiv erlebte Realität darstellen. Im funktionellen MRT stellt sich z. B. die Hörrinde in den Gehirnen halluzinierender schizophrener Erkrankter sehr ähnlich dar wie die radiohörender Gesunder.

Anfänglich mag der Betreffende noch Zweifel haben, ist aber überzeugt, dass

„etwas los ist“ (Wahnstimmung), beobachtet dann seine Umwelt unter bestimmten subjektiven Gesichtspunkten, baut daraufhin durch die Fehldeutungen der Wahrnehmung sein Wahngedäude aus (Wahnarbeit), bis er sich schließlich „sicher“ ist (Wahngewissheit).

Häufig läuft diese Wahnentwicklung vollständig parallel zu einer nach außen hin nahezu unveränderten Arbeitsleistung ab.

Wie wird eine Schizophrenie behandelt:

Die Kunst der Behandlung besteht in der individuellen Balance zwischen der Behandlung sowohl der Negativ- als auch der Positiv-Symptomatik, der sozialen (Re-)Integration, der Förderung der Krankheitseinsicht und Therapieakzeptanz.

Schizophrene Patienten erhalten heute in der Regel ein multimodales Behandlungskonzept aus antipsychotischer Akut- und Erhaltungs-Medikation, Psychoedukation zur Compliance-Förderung, Rückfallprophylaxe und Früherkennungsverbesserung neuer Krankheitsphasen, Angehörigenberatung, Soziotherapie, und ambulanter psychiatrischer Krankenpflege.

Für die Rehabilitation steht in Deutschland das besondere Angebot der RPK (Rehabilitation psychisch Kranker) mit etwa 400 Betten zur Verfügung, in der die Erkrankten bis zu 2 Jahre rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen können. Diese Reha-Form hat sich insbesondere für junge Ersterkrankte mit Schwierigkeiten im Berufseinstieg sehr bewährt.

Medikamentöse Behandlung:

Im Folgenden wird nur auf die neueren Antipsychotika eingegangen. Diese werden heute in der Regel bei Ersterkrankungen bevorzugt eingesetzt, da sie durch eine wesentlich geringere Nebenwirkungsrate (Parkinsonoid, Spätdyskinesien, Dämpfung, Hypersalivation, malignes neuroleptisches Syndrom) von den Patienten besser angenommen werden als die „klassischen“ Neurolep-

tika, deren bekanntester Vertreter das Haloperidol ist.

Neuere Antipsychotika:

Die neueren Antipsychotika wirken alle recht gut sowohl auf die Plus- als auch auf die Minus-Symptomatik. Bei allen genannten Antipsychotika können QT-Zeit-Verlängerungen im EKG auftreten.

Leider sind die Gegebenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für schizophrene Erkrankte nicht förderlich. Es gibt einerseits zu wenig „geschützte“ Arbeitsplätze, andererseits ist die Werkstatt für Behinderte zwar ein äußerst sinnvolles Instrument, jedoch nicht für jeden schizophren Erkrankten.

Wirkstoff	Dosis	Eigenschaften
Amisulprid	Oral bis 300 mg pro Tag	Nicht dämpfend, vereinzelt Galaktorrhoe
Aripiprazol (Abilify)	Oral bis 30 mg pro Tag	Auch zugelassen zur antimanchischen Behandlung
Clozapin	Oral bis 400 mg pro Tag	Anfänglich über 6 Monate wöchentliches Blutbild-Monitoring erforderlich (Leukopenie-Gefahr) CAVE Gewichtszunahme
Olanzapin (Zyprexa)	Oral und parenteral bis 15 mg, in Einzelfällen unter besonderem Monitoring auch mehr	Auch zugelassen zur antimanchischen Behandlung CAVE Gewichtszunahme, diabetogene Stoffwechsellage.
Quetiapin (Seroquel)	Oral bis 800 mg pro Tag	Auch wirksam bei bipolar-depressiver Störung. CAVE Gewichtszunahme, diabetogene Stoffwechsellage
Ziprasidon (Zeldox)	Oral und parenteral bis 120 mg pro Tag	QT-Zeit-Verlängerung im EKG besonders zu beobachten, bei vorbestehenden Herzrhythmusstörungen kontraindiziert

Tipps für die Wiedereingliederung:

Das oberste Gebot bei der Wiedereingliederung ist die Beachtung der manchmal monatelang anhaltenden postpsychotischen Depression, die nicht vorschnell mit einem bereits eingetretenen schizophrenen Residuum verwechselt werden darf. Ebenso liegt eine Gefahr im zu frühen Absetzen der antipsychotischen Medikation oder dem unkritischen Einsatz von Antidepressiva, wodurch ein Rezidiv riskiert wird.

Eine genügend lange stufenweise Wiedereingliederung bzw eine ausreichend lange Rehabilitationsphase mit mehrwöchiger stufenweiser Belastungsproben ist oft unabdingbar.

Leider muss man feststellen, dass die Erkrankung immer noch in vielen Fällen in die Frühberentung führt oder ein Beruf gar nicht erst erlernt werden kann.

Besonderes Augenmerk ist deshalb auf diejenigen Menschen zu richten, die bisher wenige Krankheitsepisoden hatte, durch eigene Steuerung der Lebensführung, z. B. Drogenkarenz, ihre Prognose verbessern können und grundsätzlich noch eine geringe Chronifizierung aufweisen. □

*Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, 1. Vorsitzende des BVDP*