

## **II. Begriffe Psychose- Dementia praecox- Schizophrenie**

### **II.1. Historisches**

Die Erkrankung, die man heute Schizophrenie nennt, scheint den Beschreibungen nach eine seit Jahrtausenden bekannte Erkrankung zu sein (Leibbrand und Wettley 1961), trotz teilweise gegenteiliger Vermutung (Crider 1979). Obwohl wissenschaftliche Beschreibungen der Erkrankung schon lange vor Kraepelin und E. Bleuler existierten, wurde sie eng mit deren Konzept der „Dementia praecox“ (Kraepelin 1898) bzw. der „Gruppe der Schizophrenien“ (Bleuler 1911) verknüpft. Trotz der langen Geschichte bleibt die Diagnose Schizophrenie noch bis heute in vielen Aspekten ein Konstrukt, eine klinische psychopathologische Konvention, die sich im Laufe der Jahrzehnte änderte. Wichtige Konzepte stammen von E. Bleuler (1911), welcher die Reformierung der kraepelinschen Konzepte zur Dementia praecox einleitete. Dabei erfolgte eine Abkehr von der Bezeichnung der „Dementia“, oder vielmehr eine Differenzierung von deren obligatem Ausgang; zudem wurde eine Unterscheidung zwischen Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen getroffen. Die damit verbundene neue Begrifflichkeit „Schizophrenie“ gewann langsam an Bedeutung. Durch diese Einstellung und Einschätzung wurde ein weites Spektrum psychopathologischer Zustände als Schizophrenie diagnostiziert. Dazu gehören Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebs (vor allem Zerfahrenheit, Ambivalenz und Antriebsstörungen) als Grundsymptome. Akzessorische Symptome sind Wahn, Halluzination oder katatone Erscheinungen. Kurt Schneiders Konzept einige Jahrzehnte später (1959) ging vom Symptom ersten und zweiten Ranges aus, welches gleichzeitig eine Vorstufe der Operationalisierung in den heutigen Klassifikationssystemen darstellte. Das Feld psychopathologischer Zustände wurde enger, Symptome ersten Ranges waren zum Beispiel Wahnwahrnehmung, dialogisierende akustische Halluzinationen, Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung und andere Beeinflussungserlebnisse mit dem Charakter des von aussen Gemachten. Symptome zweiten Ranges waren dabei sonstige Halluzinationen, Affektveränderung oder Ratlosigkeit. Die Kategorisierung der Symptome nach ihrer Wertigkeit, vor allem die gute Reliabilität und die leichte Erkennbarkeit der Symptome ersten Ranges trug zur klinischen Durchsetzung des Schneiderschen Konzeptes bei. Über die Validität gibt es wenig Aussagen, da Symptome ersten Ranges auch bei anderen psychopathologischen Zuständen auftreten können (wie z.B.

schizoaffektive Psychosen). Symptome ersten Ranges können auch bei organischen Psychosen auftreten, besonders in Abhängigkeit von Intoxikationen (Marneros 1984, 1988).

## **II.2. Grundbegriffe und ihre Definition**

Unter Psychose versteht man die allgemeine Bezeichnung für eine psychische Störung mit strukturellem Wandel des Erlebens (DSM III). Die Psychose wird in den neueren Klassifikationssystemen, wie der ICD 10 oder dem DSM IV, als Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung bezeichnet.

Die schizophrene Psychose ist die häufigste und wichtigste Störung innerhalb dieser Gruppe. Nach der ICD 10 (2000) und DSM IV (1998) sind die schizophrenen Störungen im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln. Akustische Halluzinationen sind häufig und können das Verhalten oder die Gedanken kommentieren. Die Wahrnehmung ist gestört, z. B. werden Farben oder Geräusche ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen. Zu Beginn einer Schizophrenie ist auch Ratlosigkeit als Affektstörung häufig. Es besteht die Überzeugung, dass alltägliche Situationen eine besondere, meist unheimliche Bedeutung besitzen, die sich einzig auf die betroffene Person bezieht. Das Denken wird unscharf und verschwommen, der sprachliche Ausdruck wird unverständlich. Es kommt zu Brüchen und Einschüben in den Gedankenfluss, die Gedanken erscheinen wie von äußerer Stelle entzogen. Der Affekt ist manchmal flach, kapriziös und unangemessen. Ambivalenz und Antriebsstörungen können als Trägheit, Negativismus oder Stupor erscheinen. Auch kann Katatonie vorhanden sein.

## **II.3. Epidemiologie**

Etwa 0,8% bis 1,0% der Gesamtbevölkerung aller Kulturen und Volksgruppen erkranken zu irgendeiner Zeit ihres Lebens an einer schizophrenen Störung. Man kann davon ausgehen, dass

zu einem bestimmten Zeitpunkt 0,4% der 15- bis 40- jährigen an einer Schizophrenie erkrankt sind. Zeitereignisse wie Kriege und Arbeitslosigkeit sind auf die Erkrankungshäufigkeit ohne Einfluss , ebenso ethnische und demografische Variablen (Dilling 2000).

Bei Männern besteht ein deutlich früherer Krankheitsbeginn. Allerdings gibt es bei Frauen ein zweite Häufung des Krankheitsbeginns zwischen 45 und 59 Jahren, so dass eine gleiche Lebenszeitinzidenz für beide Geschlechter resultiert (Häfner et al 1991).

## **II.4. Ätiologie und Pathogenese**

### **II.4.1. Genetische Ursachen, bio- psycho-soziales Modell**

Genetische Faktoren spielen bei der Entstehung der Schizophrenie eine wichtige Rolle (Gottesman 2000). Dies ist durch Zwillings- und Adoptionsstudien eindeutig belegt. Es handelt sich nicht um eine reine Erbkrankheit (dominant oder rezessiv). Vielmehr müssen peristatische Einflüsse (Umwelt, Familie, Belastung, usw.) hinzukommen, damit die Krankheit sich manifestiert. Im Gegensatz zur allgemeinen Morbidität von 0,8% bis 1,0% beträgt die Erkrankungsrate bei Eltern von Schizophrenen etwa 10%, bei Geschwistern etwa 10%, bei Kindern 10% bis 15%. Die Konkordanz der Erkrankung beträgt laut den aktuellsten sechs Studien bei eineiigen Zwillingen 48% und damit fast dreimal so hoch wie bei zweieiigen Zwillingen (17%) (Gottesman 2000). Untersuchungen über ein mögliches hirnorganisches Substrat der Schizophrenien haben bis jetzt keine sicheren Ergebnisse erbracht. Sichere Beweise für die ätiologische Bedeutung eines bestimmten Transmittersystems gibt es nicht. Es gibt eine Korrelation zwischen der antidopaminergen und der antipsychotischen Wirkung der Neuroleptika, daneben sind Störungen in anderen Transmittersystemen beschrieben (Gabaerges System). Dabei werden besonders die Zielstrukturen der Neuroleptika dargestellt, wobei sich vier grosse dopaminerge Bahnsysteme im zentralen Nervensystem unterscheiden: Das nigrostratale System, das limbische System, das mesokortikale System und das tuberoinfundibuläre System. Eine ätiologische oder genetische Heterogenität der Schizophrenie ist oft vermutet worden (Bleuler 1911, Beckmann 1996). Andere Forscher fanden Belege für eine Kontinuität zwischen affektiven Störungen und der Schizophrenie (Crow 1986, Maier et al 1993).

#### **II.4.2. Das Vulnerabilitäts – Stress – Modell**

Dieses Modell ist theoretisch, diagnostisch und therapeutisch von Bedeutung. Es ist ein Konzept, das seit langem zur Erklärung der multikonditionalen Genese von Schizophrenien herangezogen wird: wenn die Verletzlichkeitsschwelle durch Belastungen, welcher Art auch immer, überschritten wird, kommt es zur Erkrankung bzw. Wiedererkrankung (Nuechterlein 1987). Das Modell vermeidet theoretisch den Fehler monokausalen Denkens, aber nicht alle Beobachtungen und Befunde bei Schizophrenen werden erklärt wie z. B. die primär chronischen Verläufe oder aber unerwartet späte Besserungen. Die Vulnerabilität wird durch innere und äussere Einflüsse bestimmt wie chronischer oder akuter Stress und körperliche Erkrankungen (Nuechterlein 1987, Ciompi 1991).

#### **II.4.3. Substanzinduzierte Störungen**

In der Differenzialdiagnose ist die Psychose nach dem ICD 10 eine Gruppe von Symptomen, die gewöhnlich während oder unmittelbar nach Substanzgebrauch von Cannabis, Kokain oder Amphetamine auftreten und durch lebhaft Halluzinationen, typischerweise akustischer Art, aber auch anderer Sinnesgebiete, wie visuell und olfaktorisch. Personenverkennung, Wahn und Beziehungsideen sind dabei häufig. Psychomotorische Störungen, wie Erregung oder Stupor, oder ein abnormer Affekt der von intensiver Angst bis Extase reichen kann, treten auf. Die Störung bildet sich typischerweise innerhalb eines Monats zumindest teilweise, muss sich jedoch innerhalb von sechs Monaten vollständig zurückgebildet haben. Unterschiede in der Störung hängen von der Art der verwendeten Substanz und von der jeweiligen Persönlichkeit des Konsumenten ab. Nicht zu vergessen sind dabei andere psychische Störungen, die durch den Gebrauch psychotroper Substanzen verschlimmert oder ausgelöst werden können, wie z.B. Demenz oder Depression.

#### **II.4.4. Hirnorganische Störungen**

Nach dem ICD 10 werden hirnorganische als organische wahnhaft (schizophrenieform) Störungen bezeichnet, bei denen anhaltende oder immer wieder auftretende Wahnideen das klinische Bild prägen. Die Wahnideen können von Halluzinationen begleitet sein, sind aber nicht auf deren Inhalt beschränkt. Merkmale, wie bizarrer Wahn, optische und akustische Halluzinationen oder formale Denkstörungen, können vorliegen.

#### **II.5. Diagnostik und Therapie**

Es ist wichtig, eine Schizophrenie rechtzeitig zu erkennen, zu behandeln und bei der weiteren Lebensgestaltung des Patienten zu berücksichtigen. Behandlungsziel ist ein weitgehend von Symptomatik und Behinderung freies Individuum, das fähig zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und soweit wie möglich von klinischen Institutionen ist (Helmchen 1978). Diagnostische Schwierigkeiten treten ein, wenn sich der Krankheitsprozess schleichend mit Prodromalerscheinungen entwickelt. Diese können z. B. Symptome und Verhaltensweisen wie Interesseverlust an der Arbeit, an sozialen Aktivitäten, am persönlichem Erscheinungsbild und an der Körperhygiene sein (Tölle 2002). Weitere Prodromalsymptome sind Ängste, leichte Depression und Selbstversunkenheit. Für die Diagnose Schizophrenie ist nach dem ICD 10 mindestens ein eindeutiges Symptom aus folgender Gruppe erforderlich: Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegung oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen; kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen; anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer bizarrer Wahn, wie z.B. der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein oder übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen.

Aus folgender Gruppe müssen mindestens zwei Symptome bestehen: Anhaltende Halluzinationen jeglicher Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlich affektive Beteiligung, oder begleitet von

anhaltenden überwertigen Ideen, die täglich über Wochen und Monate auftreten. Gedankenabreissen oder Einschüben in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt; katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor; auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein oder Folge einer eindeutigen und durchgängigen Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person sein, welche sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert hat. Zudem müssen diese Symptome nach der ICD- 10 fast ständig während eines Monats oder länger vorhanden gewesen sein. Zustandsbilder mit den geforderten Symptomen, die kürzer als ein Monat andauern (ob behandelt oder nicht ist unbedeutend) sollten zunächst als akute schizophrenerform psychotische Störung diagnostiziert werden und als Schizophrenie erst dann, wenn sie länger bestanden haben.

Für die Behandlung der Schizophrenie in der akuten wie auch in der chronischen Verlaufsform steht die differenzierte Psychopharmakotherapie im Vordergrund (Lehman 1998). Hauptsächlich kommen atypische Neuroleptika zum Einsatz, welche die psychotischen Denk- und Wahrnehmungsstörungen in der Regel während eines angemessenen Zeitraumes beheben können. Die Gabe der Medikamente sollte möglichst oral erfolgen, kann jedoch, falls unvermeidbar, auch mit Zwang intramuskulär erfolgen. Die differenzierte Psychopharmakotherapie sollte in einem Behandlungsplan eingebettet sein, der auch das Angebot von regelmässigen Gruppengesprächstherapien, Kunsttherapie, Musiktherapie sowie Ergotherapie umfasst. Die patientenbezogene Gesprächstherapie sollte folgende Inhalte umfassen: Aufklärung über die Erkrankung, Umgang mit der Erkrankung, Diskussion über mögliche auslösende Faktoren, Rückfallerkennung sowie Verhalten bei Rückfall, Möglichkeiten einer strukturierten Lebensführung.

## **II.6. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention**

Im Rahmen der psychiatrischen Prävention werden drei Stufen unterschieden (Tölle 2002). Primäre Prävention hat das Ziel, die Gefahr seelischer Fehlentwicklungen und Erkrankungen herabzusetzen; ist dieses möglich, wird die Inzidenz an Erkrankungen reduziert (Ciompi 1991). Sekundäre Prävention setzt bei den bereits Krankgewordenen ein und wird alle Möglichkeiten ausschöpfen, um Krankheitszeiten zu verkürzen, Rückfälle zu vermeiden und Auswirkungen der Krankheit möglichst gering zu halten. Tertiäre Prävention ist die Verhütung erneuten Krankwerdens. Sie ist nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit möglich (Tölle 2002).

## **II.7. Rechtliche Situation**

Gewalttätigkeiten sind bei Schizophrenen Ausnahmen. Insgesamt sind Tötung und Körperverletzung durch psychisch Kranke weder häufiger noch grausamer als die entsprechenden Straftaten durch Gesunde (Nedopil 2000). Ist eine Schizophrenie für die Tatzeit nachgewiesen, sind häufig die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit als aufgehoben anzusehen (§20, StGB). Wenn der Kranke zumindest als vermindert schuldfähig angesehen wird, entsteht die Frage nach der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§63, StGB). In akuten schizophrenen Episoden ist der Kranke geschäftsunfähig (§104/2, BGB), wenn er bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann, kann eine Betreuung nach §1896 BGB eingerichtet werden.