

Ausnahme/Zustand – Psychose und Schizophrenie

Die Wörter Psychose und Schizophrenie lösen in der Allgemeinbevölkerung eine Menge Assoziationen aus, die meisten davon negativ belegt. Dabei bleibt die genaue Bedeutung und Abgrenzung dieser beiden Begriffe häufig ungenau und nebulös. Laut Duden leiten sich beide Wörter aus dem Griechischen ab: Psychose von „Psyche“ für Hauch, Atem, Seele und Schizophrenie von „Schizein“ für abspalten und „Phren“ für Zwerchfell, Seele. Als Bedeutungen werden für Psychose eine „schwere geistig-psychische Störung“ und für Schizophrenie eine „mit Denkstörungen, Halluzinationen und Wahn einhergehende schwere Psychose“ angegeben. So stellt sich



Dr. med. Karolina Leopold © SLÄK

die Schizophrenie als eine Form der Psychose dar. Als historischer Begriff betrachtet umfasste die Psychose traditionell neben den schizophrenen Erkrankungen auch die sogenannten

endogenen Depressionen und Bipolaren Störungen in Abgrenzung zu den sogenannten Neurosen. Und obwohl diese Begrifflichkeit inzwischen abgelöst wurde, kommt der Begriff Psychose immer noch bei einer Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen zur Anwendung, da er heutzutage keine eigenständige Erkrankung, sondern einen Symptomkomplex beschreibt. Psychosen können also im Rahmen sehr unterschiedlicher Erkrankungen vorkommen, die sich erheblich in ihrer Pathogenese, Verlauf, Prognose und Therapie unterscheiden. Eine häufige Ursache für psychotische Symptomatik ist die Schizophrenie, aufgrund der Stigmatisierung dieser Erkrankung wird aber zum Teil die Bezeichnung Psychose synonym für Schizophrenie verwendet.

Die Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die in den meisten Fällen

rezidivierend auftretende Symptome beinhaltet oder einen chronischen Verlauf nimmt. Dabei treten Störungen des Denkens, Fühlens, Wollens und Wahrnehmens auf. Nachweisbare körperliche Ursachen fehlen und die Symptomatik muss mindestens vier Wochen bestehen. Die großen Unterschiede in Ausprägung, Verlauf und Ansprechen auf Therapie lassen darauf schließen, dass wir es wahrscheinlich nicht mit einer einheitlichen Erkrankung sondern mit einer Gruppe von Krankheiten zu tun haben. Die für die Diagnosestellung entscheidenden Symptome sind Ich-Störungen, Halluzinationen, Wahn, formale Denkstörungen, Negativsymptome und katatone Symptome. Es können jedoch zusätzlich noch vielfältige Symptome auftreten, die wir auch von anderen psychischen Krankheiten kennen.

Die Ich-Störungen sind Störungen der Ich-Umwelt-Grenze oder des personalen Einheitserlebens. Als Ich-Störungen bezeichnet man Derealisation und Depersonalisation, bei denen der Betroffene die Welt oder sich selbst als fremd, unwirklich oder verändert wahrnimmt. Weitere Formen der Ich-Störungen stellen die Gedankenausbreitung/-lautwerden, der Gedankenentzug und die Gedankeneingebung dar. Hierbei erlebt der Patient, dass die eigenen Gedanken nach außen dringen oder fremde Gedanken in seinen Kopf eindringen. Auch das Fremdbeeinflussungserleben wird als Ich-Störung eingeordnet, hierbei werden Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln als von außen gemacht erlebt. Dies führt zu einem erlebten Verlust von Selbstbestimmung und ist in vielen Fällen mit starken Ängsten verbunden.

Als Halluzinationen werden Sinneswahrnehmungen ohne adäquaten äußeren Sinnesreiz bezeichnet. Bei der Schizophrenie können Halluzinationen jeder Sinnesmodalität auftreten. Am häufigsten sind jedoch akustische Halluzinationen und dabei vor allem das Stimmenhören (Phoneme). Diese Stimmen sind für den Erkrankten nicht von echten Stimmen zu unterscheiden und können je nach

Inhalt als dialogisierend, kommentierend oder direktiv bezeichnet werden. Bei den Körperhalluzinationen stehen die sogenannten Zönesthesien im Vordergrund, hierbei handelt es sich um abnorme Leibgefühle von bizarrem Charakter, wie zum Beispiel das Gefühl des Hin- und Herschwappen des Gehirns im Schädel oder Ähnliches. Das Auftreten von intensiven optischen Halluzinationen ist im Rahmen der Schizophrenien eher selten und sollte daher immer an eine organische oder substanzinduzierte Psychose denken lassen.

Der Wahn, der eine inhaltliche Denkstörung darstellt, ist ein weiteres Hauptsymptom schizophrener Erkrankungen. Dabei handelt es sich um eine krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig ist und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Daher ist ein Wahn per Definition unkorrigierbar, denn dem Betroffenen fehlt die Möglichkeit seine Annahmen in Frage zu stellen. Die Pathologie besteht also nicht, wie häufig vermutet, in der fehlenden Übereinstimmung des Wahninhaltes mit der Realität, sondern in der fehlenden Fähigkeit diesen Inhalt hinterfragen, das Für und Wider abwägen und in Relation zu neu gemachten Erfahrungen stellen zu können. Dabei sind die Wahninhalte sehr vielfältig und abhängig von biographischen und kulturellen Einflüssen. Bei der Schizophrenie treten häufig Verfolgungs-/Beeinträchtigungswahn und Beziehungs-/Bedeutungserleben auf, aber auch sehr bizarre Wahninhalte sind typisch. Beim Beziehungs-/Bedeutungswahn erlebt der Kranke Dinge aus seiner Umwelt als in Beziehung stehend zu sich und damit als bedeutsam für seine Person. Er erlebt zum Beispiel, dass Nachrichten in den Medien spezielle Botschaften an seine Person beinhalten oder, dass das Verhalten fremder Menschen auf der Straße in direktem Zusammenhang mit ihm steht. Eine Theorie zur Entstehung von Wahnerleben dieser Art beinhaltet die Hypothese einer Filterstörung. Dabei gelangen durch diese Filterstörung zu viele Reize in das Bewusstsein und werden daher als bedeutsam ge-

wertet. Der Betroffene erlebt fälschlicherweise irrelevante Dinge als für ihn bedeutsam und mit ihm in Zusammenhang stehend. Der Verstand sucht hierfür Erklärungen und greift dafür auf für ihn naheliegende Modelle zurück. So entstehen je nach individuellem Erfahrungs- und Wissensschatz unterschiedliche Wahnthemen (religiös, esoterisch, politisch, etc.). Häufig entsteht ein in sich stimmiges Modell, welches auch Erklärungen für auftretende Halluzinationen und Ich-Störungen beinhaltet, man spricht dann von systematisiertem Wahn.

Die formalen Denkstörungen sind zum Teil über die gesprochene Sprache für den Untersucher, zum Teil jedoch aber auch nur über das subjektive Erleben des Patienten erfassbar. Bei Psychosen kann jede Art von formalen Denkstörungen auftreten. Der Gedankengang kann beschleunigt, verlangsamt, gehemmt, umständlich oder sprunghaft bis hin zur Zerfahrenheit sein. Patienten berichten von Gedankeneinschiebung, -drängen oder -abreißen oder fallen aufgrund von „Danebenreden“ auf. Eine besondere Pathologie stellt der Konkretismus dar, bei welchem der Betroffene nicht in der Lage ist, den Wechsel zwischen abstrakten und konkreten Sprachinhalten zu verstehen. Dadurch kommt es unter anderem zu einem mangelnden Verständnis von Sprichwörtern und Metaphern.

Katatone Symptome wie Raptus, Befehlsautomatismus, Negativismus oder Manieriertheit betreffen die Psychomotorik und traten früher häufiger auf, heutzutage werden sie nur bei sieben Prozent der schizophren Erkrankten berichtet. Es liegt die Vermutung nahe, dass diese somit häufig ein Symptom unbehandelter Schizophrenien darstellen und durch frühzeitige Neuroleptikaeinnahme zumindest bei einem Teil der Patienten verhindert werden kann. Der Extremfall des katatonen Stupors mit wächserner Biegsamkeit und Haltungstereotypen stellt einen lebensbedrohlichen Zustand dar, der eine sofortige Behandlung erfordert. Bei einem Großteil der schizophre-

nen Patienten treten irgendwann im Verlauf der Erkrankung sogenannte Negativsymptome auf. Diese zeichnen sich durch ein herabgesetztes Niveau von psychischen Funktionen und Fähigkeiten aus. Hierzu gehören die „6 großen As“: Alogie (Sprachverarmung), Affektverflachung (eingeschränkte Modulationsfähigkeit), Apathie (Antriebsminderung und Interesselosigkeit), Anhedonie (Verlust der Genussfähigkeit), Aufmerksamkeitsstörungen und Asozialität (sozialer Rückzug). Diese Symptome sind vor allem für Einschränkungen des Funktionsniveaus und Verlust von Lebensqualität verantwortlich. Sie werden häufig übersehen oder nicht als Symptomatik der Erkrankung erkannt, sondern als Intelligenzdefizit, Bequemlichkeit oder mangelndem Anstrengungswillen verkannt. Zur besseren Übersichtlichkeit bei der sehr komplexen und individuell unterschiedlichen Symptomatik der Schizophrenien hat sich die Einteilung in sogenannte Symptomcluster bewährt. Daher werden die im engeren Sinne als psychotische Symptome geltenden psychopathologischen Störungen wie Halluzination, Wahn, Formale Denkstörung und Erregung als Positiv- oder Plussymptome bezeichnet, in der Abgrenzung zu den Negativ- oder Minussymptomen, den Kognitiven Störungen und den allgemeinen Symptomen.

Die Epidemiologie der Schizophrenie zeigt eine Lebenszeitprävalenz von einem Prozent unabhängig von Kultur oder Land. Und man geht von einer gleichbleibenden Erkrankungszahl im Verlauf der Zeit aus. Männer und Frauen erkranken gleich häufig, Männer jedoch zu einem früheren Zeitpunkt (Ersterkrankungsalter im Durchschnitt 21 Jahre) und Frauen haben eine günstigere Prognose. Die Erkrankung entwickelt sich in den meisten Fällen über einen längeren Zeitraum von ca. fünf Jahren mit anfänglich unspezifischen Symptomen und beginnender Negativsymptomatik, der sogenannten Prodromalphase zu den Positivsymptomen (Häfner H 2000). Durch diesen Verlauf kommt es häufig zu einem Leistungsknick und Funktionsverlust

bereits vor der Diagnosestellung und Therapie. Der Verlauf der Erkrankung ist ausgesprochen unterschiedlich und schwer vorherzusehen, obwohl es einige Prognosekriterien gibt. Wichtig ist vor allem die Tatsache, dass bei 22 Prozent aller Patienten, die nach der ICD-10 die Kriterien einer Schizophrenie erfüllen, sich die Symptome vollständig zurückbilden und es zu keiner weiteren Erkrankungsphase kommt. Diese Patienten bedürfen also keiner lebenslangen Behandlung. Bei den restlichen 78 Prozent kommt es allerdings zu rezidivierend auftretenden Krankheitsphasen mit unterschiedlicher Symptomausprägung und Einschränkung zwischen diesen Episoden (Häfner H 2000). Diese bedürfen einer kontinuierlichen und lebenslangen Behandlung. Allerdings führen viele Betroffene trotzdem bei adäquater Behandlung ein völlig normales Leben mit langen symptomfreien oder symptomarmen Zeiten.

Im Laufe der Geschichte hat es viele Vorstellungen über die Ursache von schizophrenen Erkrankungen gegeben. Bis in unsere heutige Zeit werden in manchen Kulturkreisen bei Schizophrenien nicht medizinische, sondern religiöse Ursachen vermutet. Wie bei einem Fall in Rumänien im Jahr 2007, bei dem eine junge Nonne, die an Schizophrenie litt, durch einen Exorzismus ums Leben kam. Psychoanalytische Theorien, die zum Beispiel die Art der Interaktion der Mutter mit dem Kind, vor allem in den ersten Lebensjahren als Ursache einer späteren schizophrenen Erkrankung benennen, haben zu viel Leid in betroffenen Familien geführt

und konnten so nie verifiziert werden. In der biologisch orientierten Forschung gibt es bei Postmortem-Studien und bildgebenden Verfahren durchaus widersprüchliche Ergebnisse, was Veränderungen des Hirngewebes vor oder während der Erkrankung betrifft. So konnte bis heute trotz umfangreicher Forschung kein allgemeingültiges Modell der Entstehung schizophrenen Erkrankungen erstellt werden. Einig ist man sich jedoch darüber, dass es sich um eine multifaktorielle Genese handelt, bei denen biologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. So hat man bisher verschiedene Risikogene, immunologische Prozesse, Störungen der intrauterinen Entwicklung, Geburtskomplikationen, frühe Traumata, Lebensereignisse, fehlende Coping Strategien und eine Vielzahl weiterer Faktoren identifizieren können. Ein anschauliches und weit verbreitetes Modell des Zusammenwirkens dieser Faktoren stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe Abbildung 1) dar. Darüber hinaus wissen wir, dass die Symptomatik durch eine Dysbalance von Neurotransmittern verursacht wird und durch pharmakologische Regulation zu beeinflussen ist. Dabei spielen verschiedenen Neurotransmitter wie Dopamin, Serotonin und Glutamat eine Rolle und die verschiedenen neuronalen Bahnen beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Funktion. Die neurologische Grundlage der Erkrankung basiert also auf einem gestörten neuronalen Netzwerk. Einen guten Vergleich liefert hier der Computer: dabei wäre eine neurologische Erkrankung einem Hard-

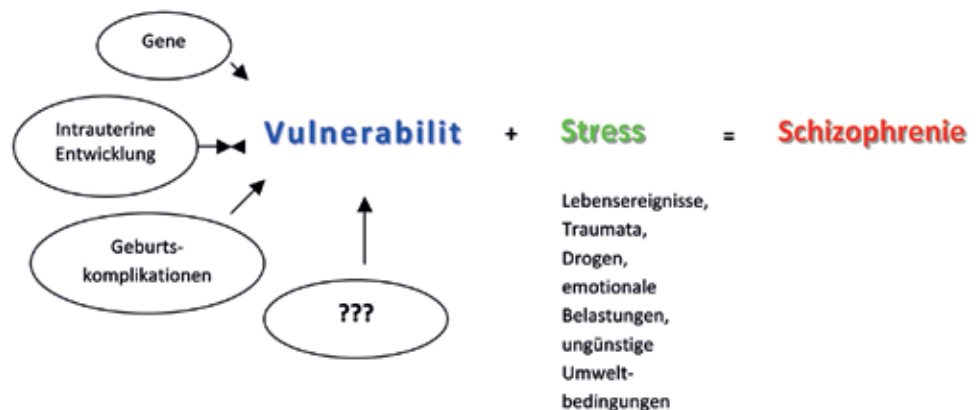


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (modifiziert nach Zubin et al 1977)

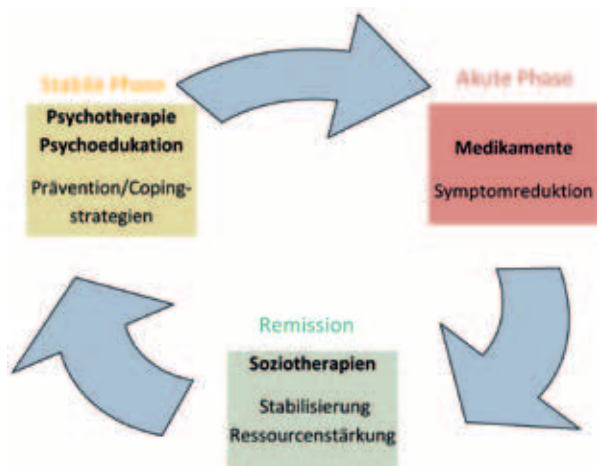


Abbildung 2: Phasenmodell der Schizophreniebehandlung

warefehler zuzuordnen, eine psychiatrische einem Softwareproblem. Bei der Therapie der Schizophrenie hat es wie bei allen psychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gegeben. Dabei sind basierend auf einer guten Arzt-Patient-Beziehung die drei Säulen biologische Therapie, Psychotherapie und Soziotherapie gleichermaßen wichtig. Für eine optimale Therapiestrategie sind vor allem das Zusammenwirken und der richtige Zeitpunkt der einzelnen Therapieverfahren entscheidend (siehe Abbildung 2). So kann in einer akuten psychotischen Episode nur eine entsprechende Pharmakotherapie zu einer Symptomreduktion führen, durch die erreichte Stabilisierung profitiert ein Patient von der Soziotherapie, um Ressourcen zu stärken und wiederzuerlangen und damit im Rahmen von psychotherapeutischen Verfahren und Psychoedukation selbstwirksam präventive Verhaltensweisen umsetzen zu können, die das Risiko erneuter Exazerbationen senken. Bei den biologischen Therapien bedeutete die Entdeckung des ersten Antipsychotikums Chlorpromazin 1952 einen entscheidenden Durchbruch in der Behandlung von Schizophrenien. Die pharmakologische Behandlung ermöglicht zwar keine Heilung, aber immerhin eine wesentliche Symptomreduktion bis hin zur Symptommfreiheit in vielen Fällen. Und im Laufe der Jahre sind neue Wirkstoffe zugelassen worden, um ein besseres Wirksamkeits-Nebenwirkungs-Verhältnis zu erreichen. Entgegen weitverbreiteter Vorurteile

sind Neuroleptika nicht suchterzeugend und bewirken keine Persönlichkeitsveränderung, es sei denn man betrachtet die Erkrankung als Teil der Persönlichkeit.

Bei den psychotherapeutischen Verfahren hat die Psychoedukation einen besonders hohen Stellenwert und ihre Wirksamkeit ist durch Studien gut belegt (Bäumel et al. 2007). Neben der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und Therapie an Betroffene und Angehörige, soll auch die Selbstverantwortung der Patienten gefördert, die Krankheitsbewältigung unterstützt und emotionale Entlastung geschaffen werden. Ziel ist hierbei Patienten und Angehörige zu Partnern in der Behandlung werden zu lassen. Aber auch andere psychotherapeutische Verfahren, wie die humanistischen, psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Therapien, kommen in der Behandlung von schizophrenen Erkrankten zur Anwendung. Vor allem mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Methoden können bestimmte Therapieziele erreicht werden. Die Unterscheidung in Bereiche, in denen Akzeptanz erarbeitet werden sollte, wie die erhöhte Vulnerabilität und Stressempfindlichkeit und Bereiche in denen Änderung möglich ist, wie Selbststeuerung, Stressbewältigung, Kommunikation und Aktivitätssteigerung, ist hierbei sinnvoll (Krämer et al. 1999). Es gibt auch speziell für Psychosepatienten entwickelte Programme wie das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT), die aus mehreren Bausteinen, unter anderem Kognitive Differenzierung und Soziales Kompetenztraining, bestehen (Schaub und Brenner 1996). Die Soziotherapie als dritte „Behandlungssäule“ beeinflusst maßgeblich den Grad der Integration in der Gesellschaft und fördert Stabilität und Schutz vor neuen Krankheitsphasen. Hierbei fasst man sehr unterschiedliche Hilfen zusammen, wie die Milieutherapie, die eine entsprechende Gestaltung des Behandlungsumfeldes und -rahmens beinhaltet, um Patienten zu fördern und zu fordern, aber auch die praktische Hilfestellung durch Sozialarbeiter.

Ergo-, Arbeits-, Musik- und Kunsttherapie sind wichtige Behandlungsformen, um krankheitsbedingte Defizite zu bessern und zu kompensieren, beziehungsweise Kompetenzen wiederzuerlangen und zu stärken. Man kann sie als eine Art von „Physiotherapie für das Gehirn“ betrachten.

Grundsätzlich ist bei jeder Therapieform das dialogische Prinzip der Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und Arzt oder Therapeut wichtig, wobei jedoch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut nicht gefährdet werden darf und der Patient stets im Mittelpunkt stehen muss, denn der Therapieerfolg hängt auch von der Akzeptanz und Unterstützung des unmittelbaren sozialen Umfeldes ab. Trotz der Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Erkrankungen bestehen nach wie vor noch erhebliche Probleme. Gründe hierfür liegen in der Tabuisierung und Stigmatisierung dieser Erkrankung, aber auch in der mangelnden Symptomwahrnehmung und Krankheitseinsicht der Betroffenen, die Teil der Krankheit sind. Verbesserungen kann man daher durch umfangreiche Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung über die Erkrankung, alternative Behandlungsangebote (möglichst anonym und unbürokratisch) und eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung erreichen. Dies sind Aufgaben, denen sich weltweit immer mehr sogenannte Früherkennungszentren stellen. Auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden besteht seit 2008 unter dem Namen „DD früh dran“ ein Früherkennungszentrum für psychische Störungen. Dort können Menschen zwischen 12 und 40 Jahren unverbindlich Kontakt aufnehmen, wenn sie befürchten an einer Psychose oder einer anderen psychischen Erkrankung zu leiden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Karolina Leopold
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden