

STECKBRIEF

Schizophrenie

Brit-Meike Fischer-Pinz

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine schwere psychische Erkrankung, die insbesondere durch Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Realitätsempfindens gekennzeichnet ist und das Verhalten der Betroffenen häufig stark verändert. Entsprechend kann es in der Folge zu deutlichen und langfristigen Verunsicherungen, Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltags-, Arbeits- und Familienleben kommen.

Bezeichnung und Begriffsgeschichte

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde 1911 eingeführt und löste die zuvor gebräuchliche Bezeichnung „Dementia praecox“ ab. Das Krankheitsbild Schizophrenie hat jedoch nichts mit einer - direkt übersetzten - „gespaltenen Seele“ oder „geteilten Persönlichkeit“ zu tun. Im weiteren Verlauf wurden im Hinblick auf die Diagnosestellung Symptome genauer beschrieben und hinsichtlich ihrer Bedeutung eingeteilt.

Auch nach der noch gültigen ICD-Klassifikation (ICD-10) erfolgt die Diagnose aufgrund des Vorhandenseins beobachtbarer oder mitgeteilter Symptome. Für die perspektivisch gültige ICD-11 wurden die Symptome in ihrer Bedeutung neu gewichtet. Auch wird die bisherige Beschreibung von spezifischen Untertypen der Schizophrenie voraussichtlich entfallen.

Vorkommen und Häufigkeit

Weltweit sind etwa 51 Millionen, in Deutschland etwa 400.000 Menschen von der Erkrankung betroffen. Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal bis zu einem Lebensalter von 60 Jahren, an Schizophrenie zu erkranken, liegt länderübergreifend bei etwa 1 % (Lebenszeitprävalenz).

Die Schizophrenie tritt meistens erstmals zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr auf, also im jungen und mittleren Erwachsenenalter.

Das Erkrankungsrisiko zwischen den Geschlechtern ist vergleichbar, allerdings erkranken Männer ca. drei bis vier Jahre früher. Auch kommt es bei Frauen zu einem zweiten Erkrankungsgipfel um das 45. Lebensjahr.

Ursachen

Nach aktuellem Forschungsstand liegt der wesentliche Risikofaktor für die Erkrankung in einer familiären genetischen Belastung mit Schizophrenie. Dabei ist eine Vielzahl einzelner Genvarianten beteiligt (polygenetische Ursache). Auch gibt es Hinweise auf Dysfunktionen im Bereich des Neurotransmitterstoffwechsels.

Außerdem werden Risiko-Umweltfaktoren beschrieben, welche – insbesondere in den kritischen Phasen der Hirnentwicklung – die Entstehung der Erkrankung begünstigen. Hierzu gehören u. a. Infektionen während der Schwangerschaft, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, psychische und physische Misshandlung während der Kindheit sowie Missbrauch von Cannabis und anderen Drogen während der Adoleszenz.



Brit-Meike Fischer-Pinz
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Oberärztliche Leitung der
Therapiestation der
Therapiestation für Kinder
(0 bis 6 Jahre) und ihre Eltern
Asklepios Klinik Harburg

Symptomatik

Die Erscheinungs- und Verlaufsformen der Schizophrenie sind vielfältig. Wesentliche Symptome sind Störungen des Denkablaufes und der Sprache, Wahnerleben, Halluzinationen, Erlebnisse von Beeinflussung oder Fremdkontrolle sowie desorganisiertes Verhalten. Auch das Gefühlserleben kann sich stark verändern, häufig kommt es zu emotionaler Verflachung, depressiver Stimmung und Ängsten. Die Krankheitseinsicht der Betroffenen kann deutlich eingeschränkt sein.

Definitionsgemäß müssen die Symptome während der meisten Zeit innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Monat bestehen.

Der Krankheitsverlauf ist variabel. Trotz deutlich verbesserter Behandlungsmöglichkeiten kommt es bei etwa der Hälfte der Betroffenen zum Verbleib von Restsymptomen mit anhaltenden oder zunehmenden funktionellen Einschränkungen. Vor allem in den ersten Jahren der Erkrankung besteht ein erhöhtes Suizidrisiko.

Dem Erstausbruch der Erkrankung geht häufig eine ein- bis mehrjährige Vorphase („Prodromalphase“) mit unspezifischen Symptomen voraus wie zum Beispiel Leistungsabfall, Konzentrationsstörungen, depressiver Stimmung, vermehrter Reizbarkeit oder Ängsten.

Diagnostik

Die Diagnose der Schizophrenie wird „klinisch“ gestellt. Das bedeutet, dass anhand der anamnestischen Angaben des Patienten, der fremdanamnestischen Auskünfte der Angehörigen und der Beobachtung des Arztes unter Einbeziehung gezielter Explorationsfragen ein sogenannter „Psychopathologischer Befund“ erstellt wird, welcher als Grundlage für die Diagnosestellung dient.

Zuvor müssen Medikamente, Rauschmittel oder ein Entzugssyndrom als Auslöser der psychotischen Symptomatik ausgeschlossen werden, ebenso wie körperliche oder andere psychische Störungen. Eine gründliche differentialdiagnostische Abklärung umfasst ergänzende anamnestische Fragen, zum Beispiel nach Vorerkrankungen und Medikamenten, eine körperliche Untersuchung, eine Blutabnahme, ein Drogen-Screening, ein EKG sowie eine MRT-Untersuchung des Schädels. Je nach Konstellation können auch ein EEG und eine Liquorpunktion erforderlich sein.

Therapie

Je nach Erkrankungsschwere und Krankheitsphase erfolgt die Therapie stationär, teilstationär, durch stationsäquivalente Behandlung (StäB) oder ambulant. Auch stehen im Bedarfsfall komplementäre Angebote wie beschützende Wohngruppen oder Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

Eine wirksame Behandlung der Schizophrenie beinhaltet mehrere therapeutische Säulen im Sinne einer multimodalen Therapie.

Dabei kommt – insbesondere in der Akutphase - der medikamentösen Behandlung eine besondere Bedeutung zu, um die psychotischen Symptome zu reduzieren, Anspannung zu lösen, den Schlaf einzustellen und – im weiteren Verlauf – vor Rückfällen zu schützen.

Auch werden psychotherapeutische und psychoedukative Verfahren sowie Soziotherapie und verschiedene Fertigkeitentrainings angewandt, außerdem Kunst-, Bewegungs-, Ergo- und Arbeitstherapie. In schweren, therapieresistenten Fällen kann ggf. Elektrokrampftherapie zum Einsatz kommen.

Schließlich können Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Reintegration der Betroffenen sinnvoll sein.



Quellenangaben I

- Falkai, P., Hasan, A. (Hrsg.) (2020): Praxishandbuch Schizophrenie, Urban & Fischer. Daraus:
- Schmitt, A. et al: Ätiologie und Pathogenese, S. 3 – 11.
 - Mehl, S. et al: Symptomatik der Schizophrenie, S. 13 – 25.
 - Zielasek, J. et al: Diagnose und Differentialdiagnose, Verlauf und Prognose, S. 71 – 93.
 - Lincoln, T.: Psychotherapie, S. 165 – 196.
 - Hasan, A et al: Neurostimulation, S. 197 – 216.

Über den gesamten Behandlungsverlauf kommt der Einbeziehung und Aufklärung der Familienangehörigen eine wichtige Bedeutung zu, sowohl zur Unterstützung der Betroffenen als auch zur Entlastung ihrer häufig sehr angestregten Familiensysteme.

Gesamtgesellschaftlich ist eine weiterführende Entstigmatisierung bezüglich des Krankheitsbildes Schizophrenie anzustreben, um die soziale Wiedereingliederung und gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen zu erleichtern 🟡



Quellenangaben II

Lambert, M., Karamatskos, E. Naber, D., Fleischhacker, W., Hasan, A. (2023): Pharmakotherapie der Schizophrenie, S. 124 – 163. IN: dgppn/U. Voderholzer: Therapie psychischer Erkrankungen State of the art, Urban & Fischer

Leucht, S. Fritze, J., Lanczik, M.H., Vauth, R., Olbrich, H.M. (2012): Schizophrenien und andere psychotische Störungen, S. 347 – 419. IN: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie, Urban & Fischer

Benkert, O., Hippus, H. (2013): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, Springer

Lau, S. (2021): Die Schizophrenie im Entwurf der ICD-11 und Implikationen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit S. IN: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Ausgabe 1/2021

Hasan, A., Falkai, P., Lehmann, I., Gaebel, W. (2020): Clinical practice guideline: Schizophrenia. Deutsches Ärzteblatt Int. 2020; 117: 412–9. DOI: 10.3238/arztbl.2020.0412

Zahlen | Daten | Fakten

Sterblichkeit *

- Schizophrenie geht mit einer erhöhten Mortalitätsrate einher. Die Lebenserwartung ist um ca. 10 bis 25 Jahre reduziert
- Die erhöhte Sterblichkeit entsteht auch durch Komorbiditäten z.B. mit einer Herz- oder Krebserkrankung, die weitaus später diagnostiziert werden als normalerweise
- 5-15% der Menschen mit einer Diagnose aus dem Formenkreis Schizophrenie versterben durch Suizid

Komorbidität *

- Frühe Traumata und Gewalterfahrungen sind bei bis zu 30% der Erkrankten feststellbar
- Substanzabhängigkeit mit Tabak besteht bei ca. 80%, von Alkohol und Cannabis je ca. 30%

Behandlung **

- Mehr stationäre Behandlungstage: Durchschnittliche Verweildauer bei schizophrenen Kranken: 34,9 Tage gegenüber 20,8 Tage bei allen psychischen Erkrankungen
- 93% der Patient*innen eines Jahres werden ambulant psychiatrisch betreut

Psychosoziale Folgen **

- Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe
 - o Längere stabile Partnerschaften sind schwer möglich
 - o Reduzierte Chancen an Ausbildung und Arbeit teilzunehmen und Abschlüsse zu erwerben
 - o Wenig Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt
 - o Bezug von Transferleistungen > Armut und Mittellosigkeit
- Stigmatisierung und Diskriminierung
 - o Zuschreibung von „gefährlich, unberechenbar und gewaltbereit sein“
 - o Auffallendes Verhalten in der Öffentlichkeit
- Einsamkeit und Isolation
 - o Fehlende Freunde und Bekanntschaften
 - o Brüche mit der Herkunftsfamilie
 - o Fehlendes informelles Netzwerk
 - o Hohe Belastung der Angehörigen
- Verlust von Wohnung und sozialen Leistungen, 12% der Menschen in Obdachlosigkeit haben eine psychotische Erkrankung *
- Betreuung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen
- Entzug des Sorgerechts für leibliche Kinder
 - o Herausforderungen in der Kontaktgestaltung bei Umgängen
 - o Abbruch der Kontakte zu Kindern

Quelle: * Hasan, A., Falkai, P., Lehmann, I., Gaebel, W. (2020): Schizophrenie. Dtsch Arztl Int 2020; 117; 412-9 | ** RKI (Hrsg.) (2010): Heft 50 Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.