Das Rätsel Schizophrenie

Erkennen, Behandeln, Begleiten

Prof. Dr. Peter Buttner

LRA Aichach 27.02.2020

Ein paar Kernbotschaften zu Beginn

1) Schizophrenie ist eine nicht seltene, schwere, meist dauerhafte Erkrankung …

2) … mit variablem Verlauf: 10 bis 20% sehr gut. 10% bis 15% sterben durch Suizid.

3) Die „stillen“ Symptome behindern viel mehr als die auffälligen Symptome.

3) Psychosozialer Stress = Auslöser - auf der Basis der Vulnerabilität

4) Denke dran: Die Betroffenen sind krank (engl. „mad“) - und nicht unwillig (engl. „bad“)

5) Medikamentöser Rückfallschutz (Rezidivprophylaxe) ist enorm wichtig!

6) Die Einbeziehung der Angehörigen ist wichtig (u.a. durch Psychoedukation)

7) Die Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive ist notwendig:
Sich einen (neuen) Platz im Leben einrichten - u.U. mithilfe von professionellen Angeboten.

Rätsel

Für den Erkrankenden: die Welt

Für die Angehörigen: der Patient

Für die Wissenschaft: die Ursachen

Gliederung

1) Geschichte
2) Symptome
3) Verlauf
4) Ursachen und Auslöser
5) Therapie, Behandeln, Begleiten
6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)

D 1915.1024

Die

Pathologie und Therapie

der

psychischen Krankheiten,

für Aerzte und Studirende

dargestellt

von

Dr. *Wilhelm Griesinger*,

Privatdocenten der Medicin und klinischem Assistenzarzte in Tübingen, früherem Secundärarzte an der Irrenheilanstalt Winnenthal.

Königl. Bibliothek Berlin

Stuttgart.

Verlag von Adolph Krabbe.

1845.

Berlin SBB-PK, Kk 1561

DIE KATATONIE

ODER DAS

SPANNUNGSIRRESEIN,

Eine klinische Form psychischer Krankheit

VON

DR. KARL KAHLBAUM,

DIRECTOR DER PRIVAT-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTHS-KRANKE IN GÖRLITZ.

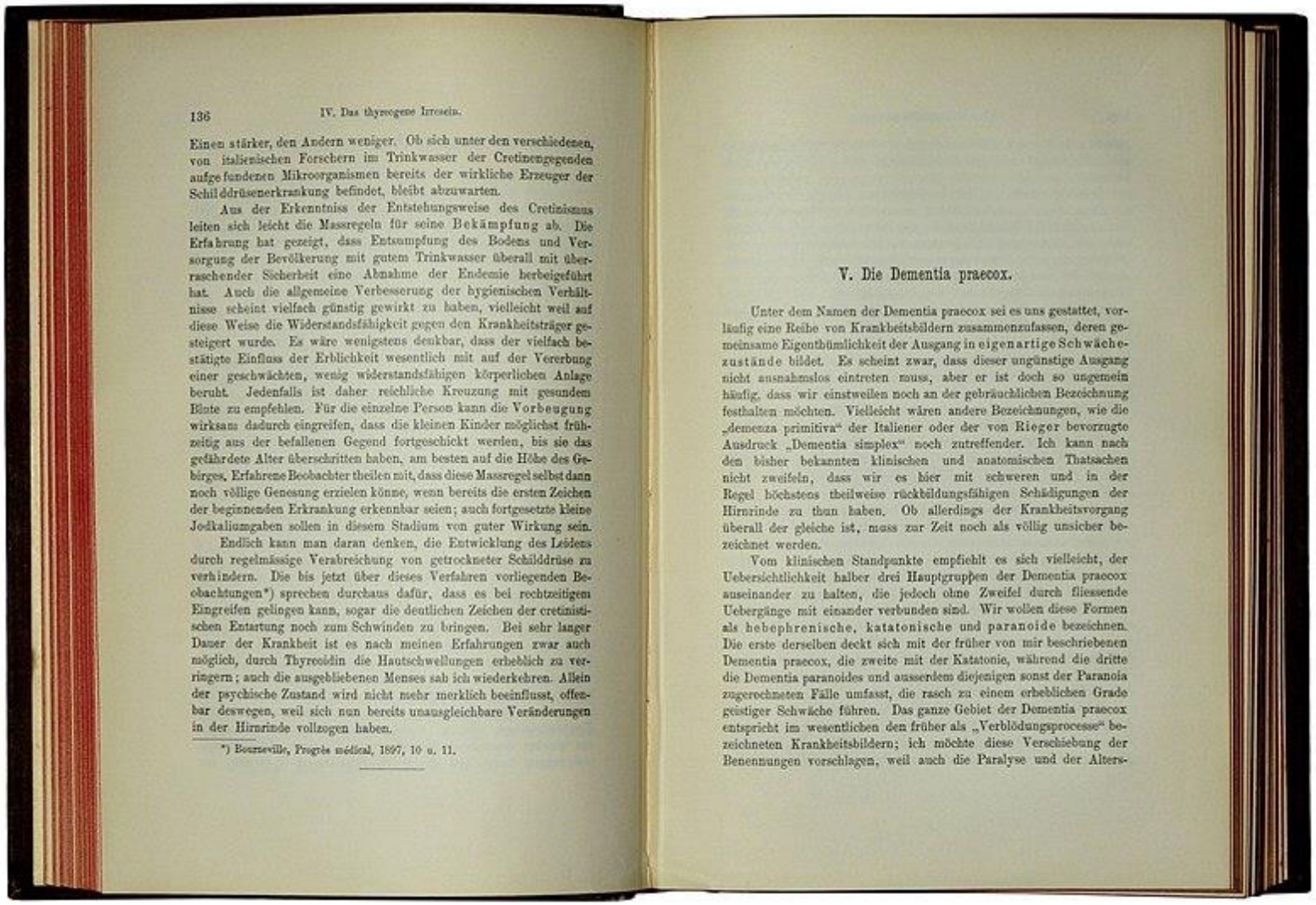
BERLIN, 1874.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

UNTER DEN LINDEN No. 68.

Emil Kraepelin (1896)[1]:

„Unter dem Namen der Dementia Praecox sei es uns gestattet, vorläufig eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenzufassen, deren gemeinsame Eigenthümlicheit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet.“



136 IV. Das thyreogene Irresein.

Einen stärker, den Andern weniger. Ob sich unter den verschiedenen, von italienischen Forschern im Trinkwasser der Cretinengegenden aufgefundenen Mikroorganismen bereits der wirkliche Erzeuger der Schilddrüsenerkrankung befindet, bleibt abzuwarten.

Aus der Erkenntniss der Entstehungsweise des Cretinismus leiten sich leicht die Massregeln für seine Bekämpfung ab. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Entsumpfung des Bodens und Versorgung der Bevölkerung mit gutem Trinkwasser überall mit überraschender Sicherheit eine Abnahme der Endemie herbeigeführt hat. Auch die allgemeine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse scheint vielfach günstig gewirkt zu haben, vielleicht weil auf diese Weise die Widerstandsfähigkeit gegen den Krankheitsträger gesteigert wurde. Es wäre wenigstens denkbar, dass der vielfach bestätigte Einfluss der Erblichkeit wesentlich mit auf der Vererbung einer geschwächten, wenig widerstandsfähigen körperlichen Anlage beruht. Jedenfalls ist daher reichliche Kreuzung mit gesundem Blute zu empfehlen. Für die einzelne Person kann die Vorbeugung wirksam dadurch eingreifen, dass die kleinen Kinder möglichst frühzeitig aus der befallenen Gegend fortgeschickt werden, bis sie das gefährdete Alter überschritten haben, am besten auf die Höhe des Gebirges. Erfahrene Beobachter theilen mit, dass diese Massregel selbst dann noch völlige Genesung erzielen könne, wenn bereits die ersten Zeichen der beginnenden Erkrankung erkennbar seien; auch fortgesetzte kleine Jodkaliumgaben sollen in diesem Stadium von guter Wirkung sein.

Endlich kann man daran denken, die Entwicklung des Leidens durch regelmässige Verabreichung von getrockneter Schilddrüse zu verhindern. Die bis jetzt über dieses Verfahren vorliegenden Beobachtungen*) sprechen durchaus dafür, dass es bei rechtzeitigem Eingreifen gelingen kann, sogar die deutlichen Zeichen der cretinistischen Entartung noch zum Schwinden zu bringen. Bei sehr langer Dauer der Krankheit ist es nach meinen Erfahrungen zwar auch möglich, durch Thyreoidin die Hautschwellungen erheblich zu verringern; auch die ausgebliebenen Menses sah ich wiederkehren. Allein der psychische Zustand wird nicht mehr merklich beeinflusst, offenbar deswegen, weil sich nun bereits unausgleichbare Veränderungen in der Hirnrinde vollzogen haben.

*) Bourneville, Progrès médical, 1897, 10 u. 11.

V. Die Dementia praecox.

Unter dem Namen der Dementia praecox sei es uns gestattet, vorläufig eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenzufassen, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet. Es scheint zwar, dass dieser ungünstige Ausgang nicht ausnahmslos eintreten muss, aber er ist doch so ungemein häufig, dass wir einstweilen noch an der gebräuchlichen Bezeichnung festhalten möchten. Vielleicht wären andere Bezeichnungen, wie die „demenza primitiva“ der Italiener oder der von Rieger bevorzugte Ausdruck „Dementia simplex“ noch zutreffender. Ich kann nach den bisher bekannten klinischen und anatomischen Thatsachen nicht zweifeln, dass wir es hier mit schweren und in der Regel höchstens theilweise rückbildungsfähigen Schädigungen der Hirnrinde zu thun haben. Ob allerdings der Krankheitsvorgang überall der gleiche ist, muss zur Zeit noch als völlig unsicher bezeichnet werden.

Vom klinischen Standpunkte empfiehlt es sich vielleicht, der Uebersichtlichkeit halber drei Hauptgruppen der Dementia praecox auseinander zu halten, die jedoch ohne Zweifel durch fliessende Uebergänge mit einander verbunden sind. Wir wollen diese Formen als hebephrenische, katatonische und paranoide bezeichnen. Die erste derselben deckt sich mit der früher von mir beschriebenen Dementia praecox, die zweite mit der Katatonie, während die dritte die Dementia paranoides und ausserdem diejenigen sonst der Paranoia zugerechneten Fälle umfasst, die rasch zu einem erheblichen Grade geistiger Schwäche führen. Das ganze Gebiet der Dementia praecox entspricht im wesentlichen den früher als „Verblödungsprocesse“ bezeichneten Krankheitsbildern; ich möchte diese Verschiebung der Benennungen vorschlagen, weil auch die Paralyse und der Alters-

[1] Psychiatrie, 5. Aufl.

HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR A. ALZHEIMER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH), PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PRIVATDOZENT G. BONVICINI (WIEN), PROFESSOR O. BUMKE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR R. GAUPP (TÜBINGEN), DIREKTOR A. GROSS (RUFACH I. E.), PROFESSOR A. HOCHE (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR T. KIRCHHOFF (SCHLESWIG), DIREKTOR A. MERCKLIN (TREPTOW A. R.), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR M. ROSENFELD (STRASSBURG I. E.), PROFESSOR P. SCHROEDER (BRESLAU), PROFESSOR E. SCHULTZE (GREIFSWALD), PRIVATDOZENT W. SPIELMEYER (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (FRANKFURT A. M.), PRIVATDOZENT G. VOSS (GREIFSWALD), PROFESSOR J. WAGNER RITTER VON JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER TEIL.

4. ABTEILUNG, 1. HÄLFTE.

DEMENTIA PRAECOX ODER GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

PROFESSOR E. BLEULER.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.

DEMENTIA PRAECOX

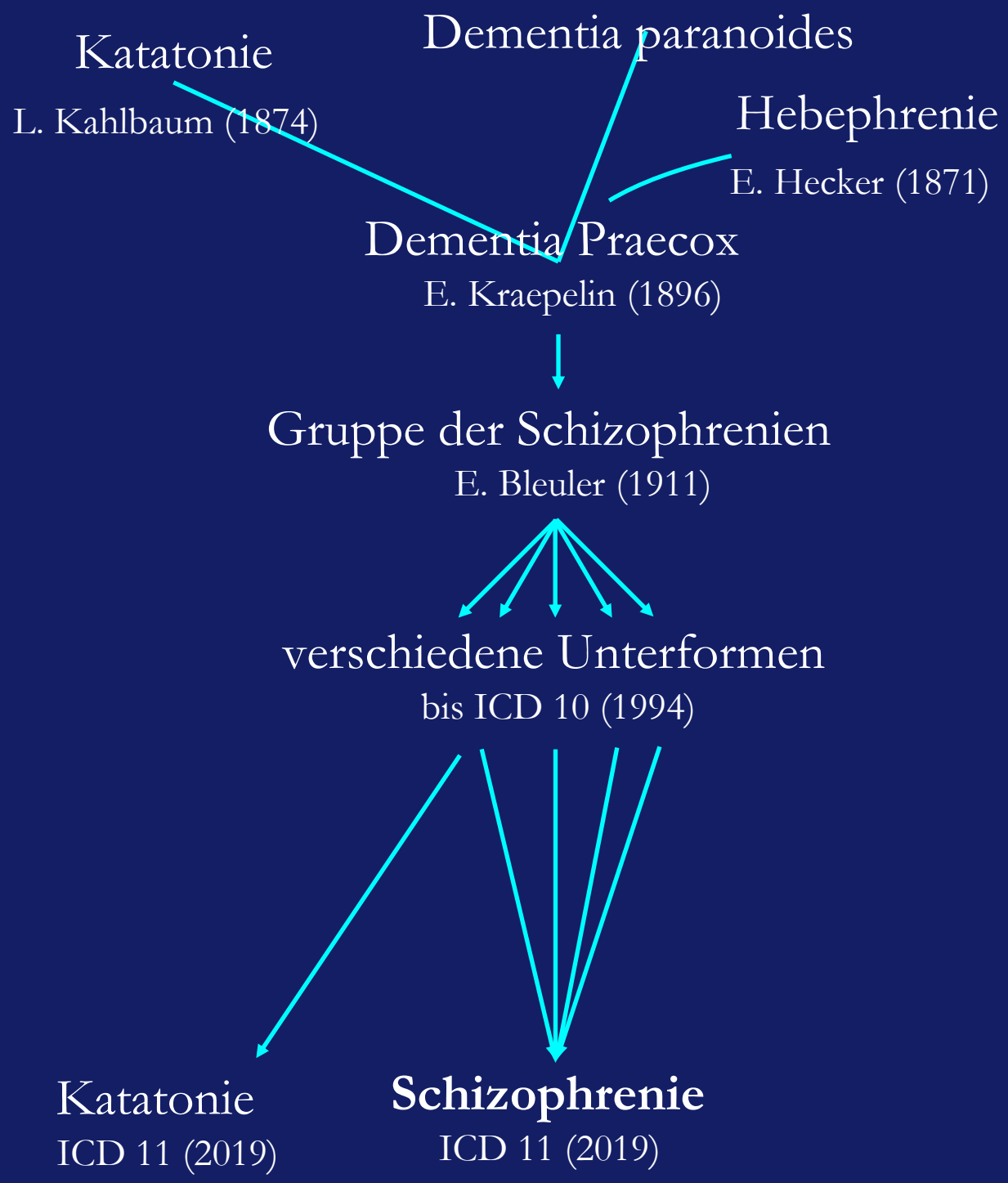
ODER

GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

PROF. E. BLEULER.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.


Katatonie
L. Kahlbaum (1874)
Dementia paranoides
Hebephrenie
E. Hecker (1871)
Dementia Praecox
E. Kraepelin (1896)
Gruppe der Schizophrenien
E. Bleuler (1911)
verschiedene Unterformen
bis ICD 10 (1994)
Katatonie
ICD 11 (2019)
Schizophrenie
ICD 11 (2019)

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

vom 14. Juli 1933

mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933

Bearbeitet und erläutert von

Dr. med. Arthur Gütt
Ministerialdirektor
im Reichsministerium des Innern

Dr. med. Ernst Rüdin
o. ö. Professor für Psychiatrie an der Universität und Direktor
des Kaiser Wilhelm-Instituts für Genealogie und Demographie
der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München

Dr. jur. Falk Ruttke
Geschäftsführer des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst
beim Reichsministerium des Innern

Mit Beiträgen:

Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung
von Geheimrat Prof. Dr. med. Erich Lexer, München

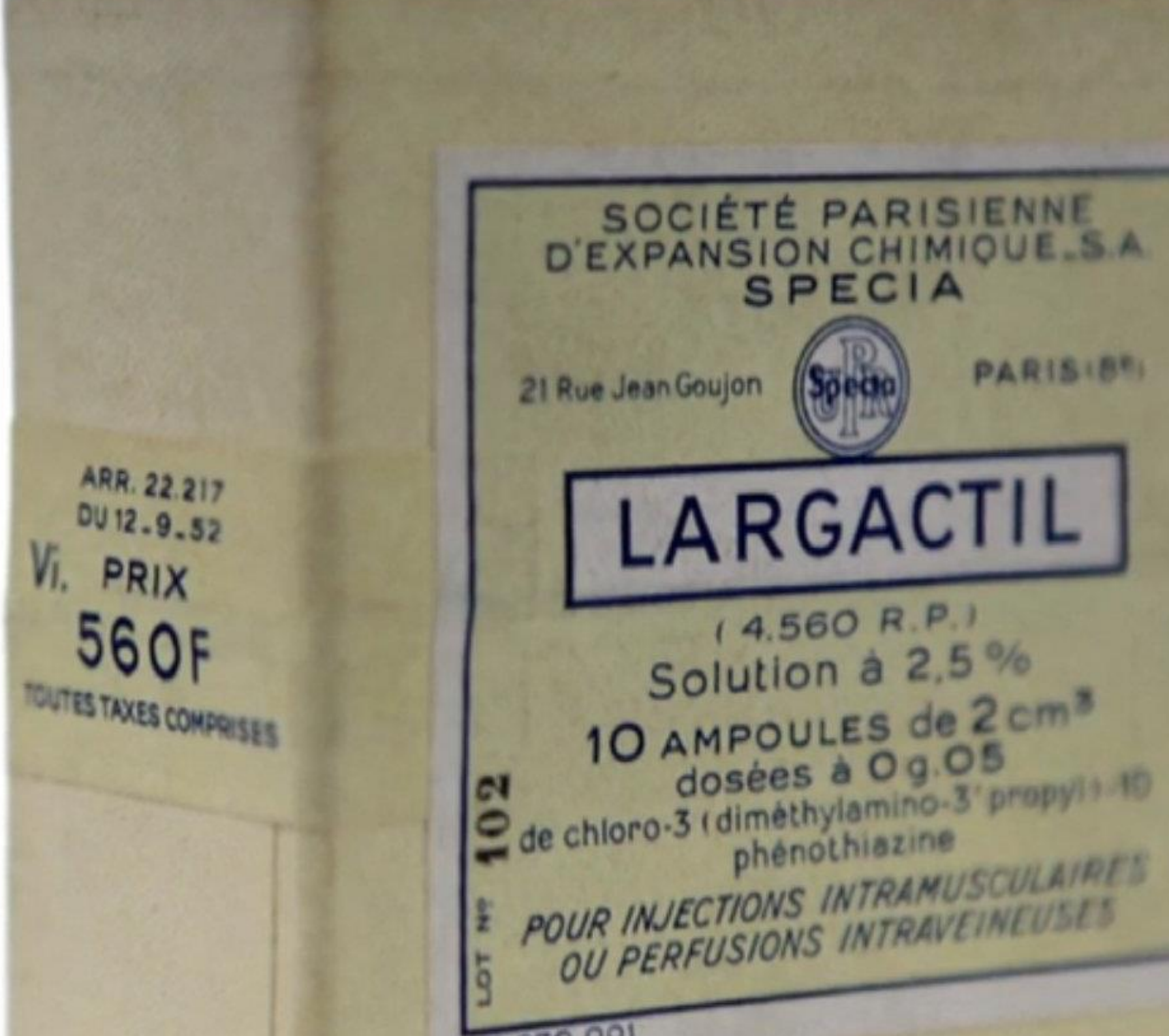
Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau
von Geheimrat Prof. Dr. med. Albert Döderlein, München

Mit 15 zum Teil farbigen Abbildungen

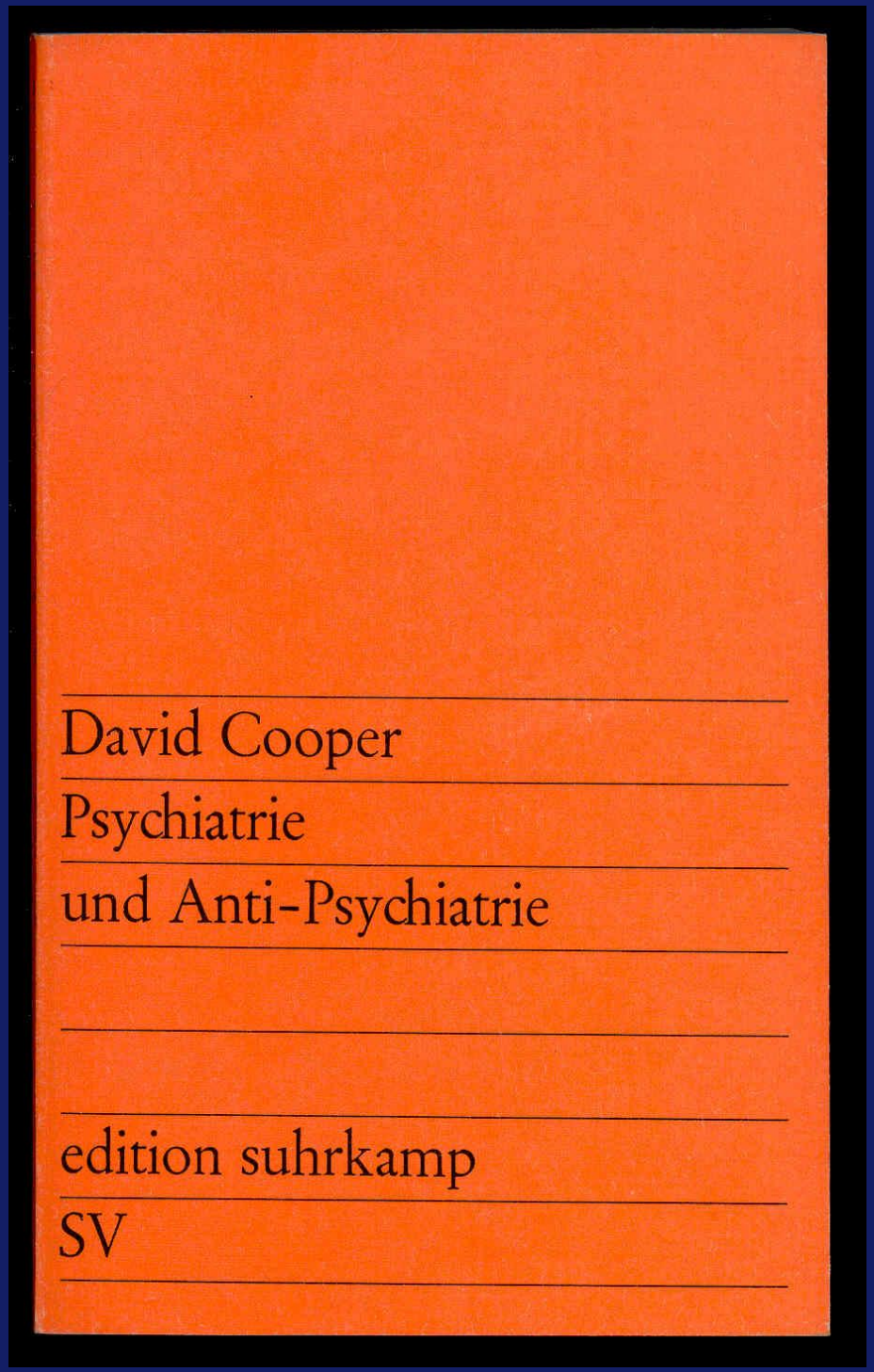
J. F. Lehmanns Verlag / München 1934

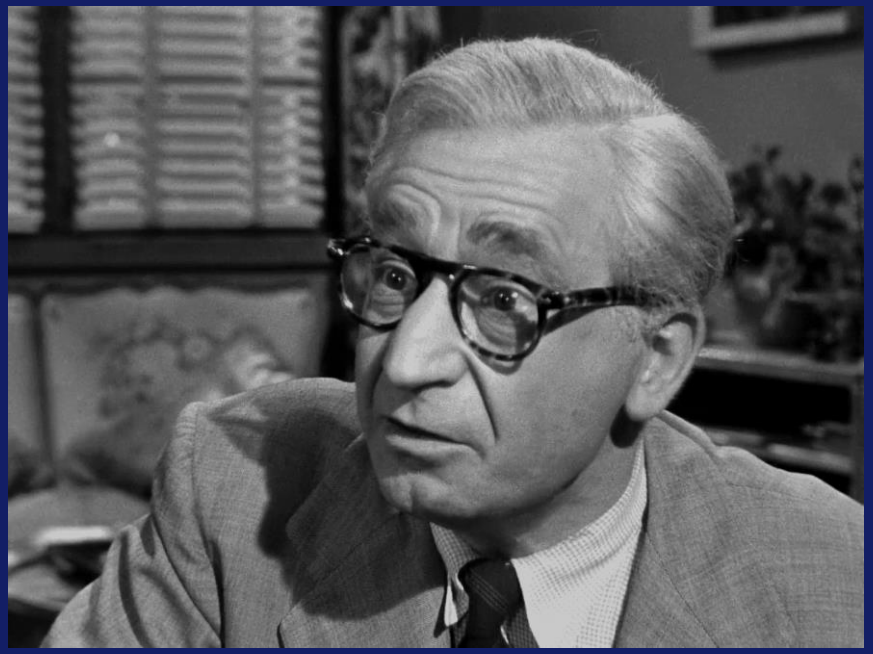
1952

Chlorpromazin



https://www.stuff.co.nz/national/health/87055170/electroconvulsive-therapy-given-five-times-in-2015-without-consent


David Cooper
Psychiatrie
und Anti-Psychiatrie
edition suhrkamp
SV



Gliederung

1) Geschichte
2) Symptome
3) Verlauf
4) Ursachen und Auslöser
5) Therapie, Behandeln, Begleiten
6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)

MARTIN

» Deutscher Medizinstudent, PJ an der McMaster University, Hamilton, Ont.

» Wissenschaftliche Hilfskraft in einem Labor der Fakultät
» Fühlt sich zurückgewiesen
» und ausgegrenzt: die anderen reden über ihn…
» … halten Besprechungen über ihn ab !
» … … inzwischen auch außerhalb des Labors !!
» … … … auch verschiedene Professoren sind beteiligt !!!
» … … … … Eine Vollversammlung im Audimax geht über ihn !!!!!

» Und schließlich der „Beweis“:
Die Kolumne von Marion Gräfin Dönhoff in der ZEIT

Plus - Symptome

Denkstörungen

Erregung und Anspannung

Wahn und Wahnwahrnemungen

Halluzinationen (= Trugwahrnehmungen)

Ich-Störungen und Fremdbeeinflussungserlebnisse

Minus - Symptome

Gefühlsarmut und innere Leere

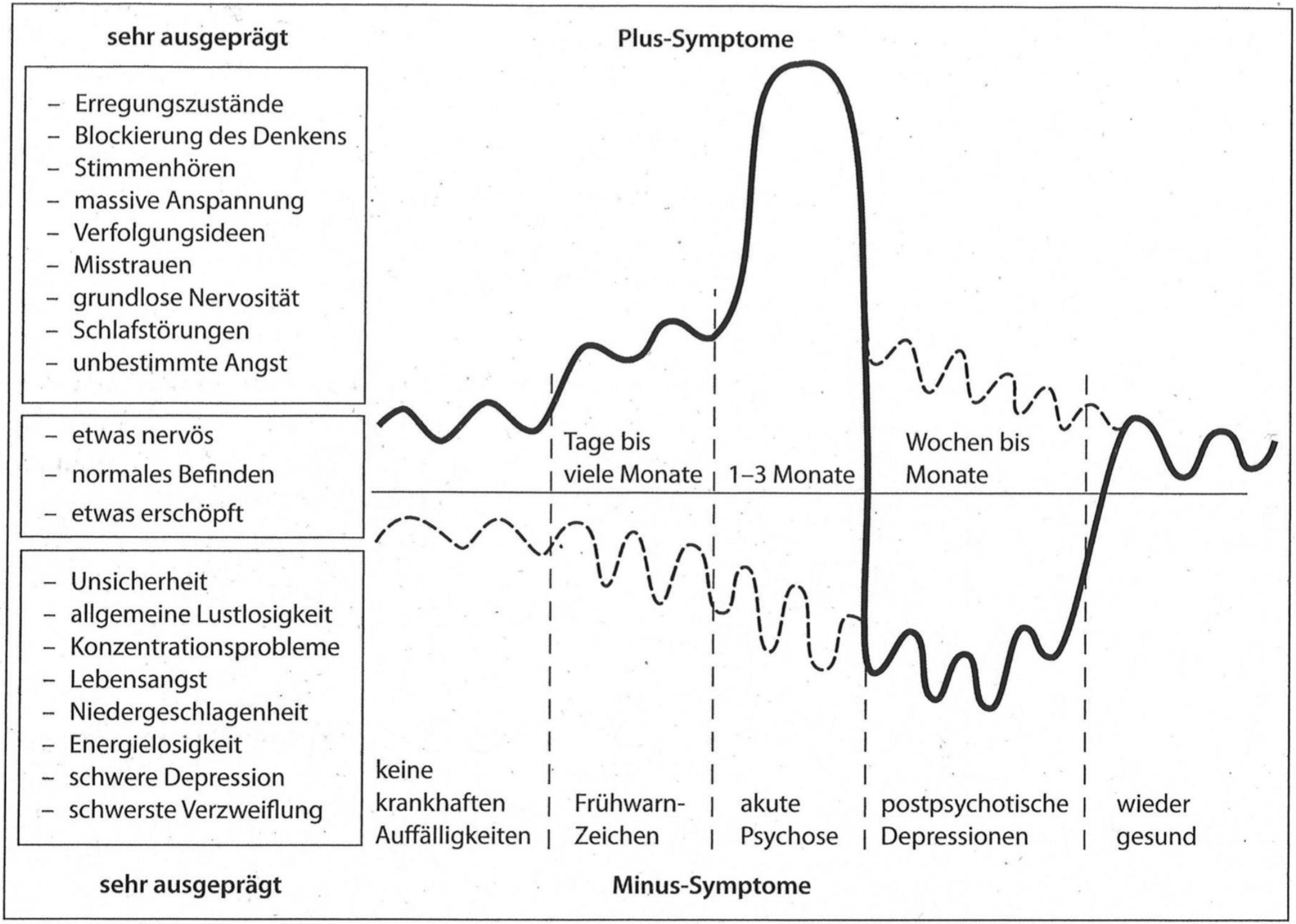
Sprachverarmung

Apathie - Minderung der Spontaneität

Niedergeschlagenheit

Anhedonie (Verlust an Freude)

Sozialer Rückzug - Kontaktvermeidung


sehr ausgeprägt
Plus-Symptome
– Erregungszustände
– Blockierung des Denkens
– Stimmenhören
– massive Anspannung
– Verfolgungsideen
– Misstrauen
– grundlose Nervosität
– Schlafstörungen
– unbestimmte Angst
– etwas nervös
– normales Befinden
– etwas erschöpft
– Unsicherheit
– allgemeine Lustlosigkeit
– Konzentrationsprobleme
– Lebensangst
– Niedergeschlagenheit
– Energielosigkeit
– schwere Depression
– schwerste Verzweiflung
Tage bis viele Monate
1–3 Monate
Wochen bis Monate
keine krankhaften Auffälligkeiten
Frühwarn-Zeichen
akute Psychose
postpsychotische Depressionen
wieder gesund
sehr ausgeprägt
Minus-Symptome

Kognitive Symptome

verminderte (Dauer-) Aufmerksamkeit

verminderte Konzentration

verminderte Gedächtnisleistungen

verminderte Verarbeitungsgeschwindigkeit

Katatone Symptome

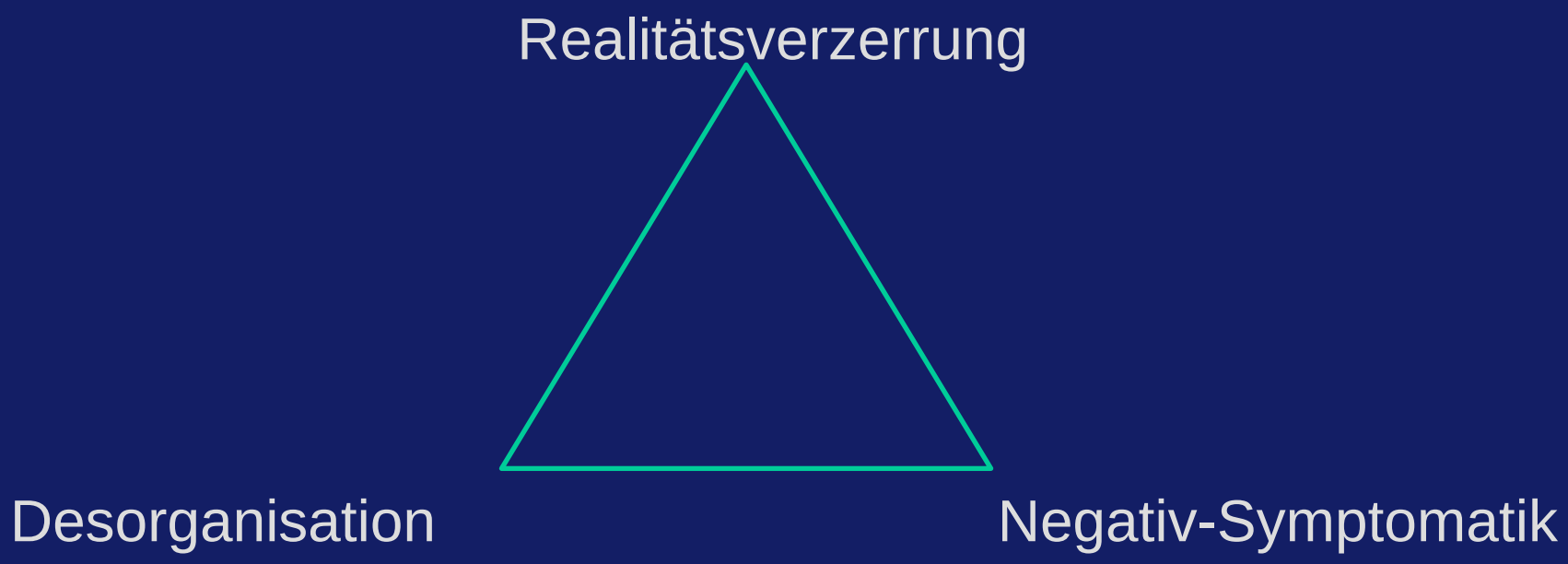
Bewegungs- und Reaktionslosigkeit (Stupor)

Starke motorische Erregung

Kommunikationsabbruch (Mutismus)

Negativismus

Drei zeitstabile Faktoren



Gliederung

1) Geschichte

2) Symptome

3) Verlauf

4) Ursachen und Auslöser

5) Therapie, Behandeln, Begleiten

6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)

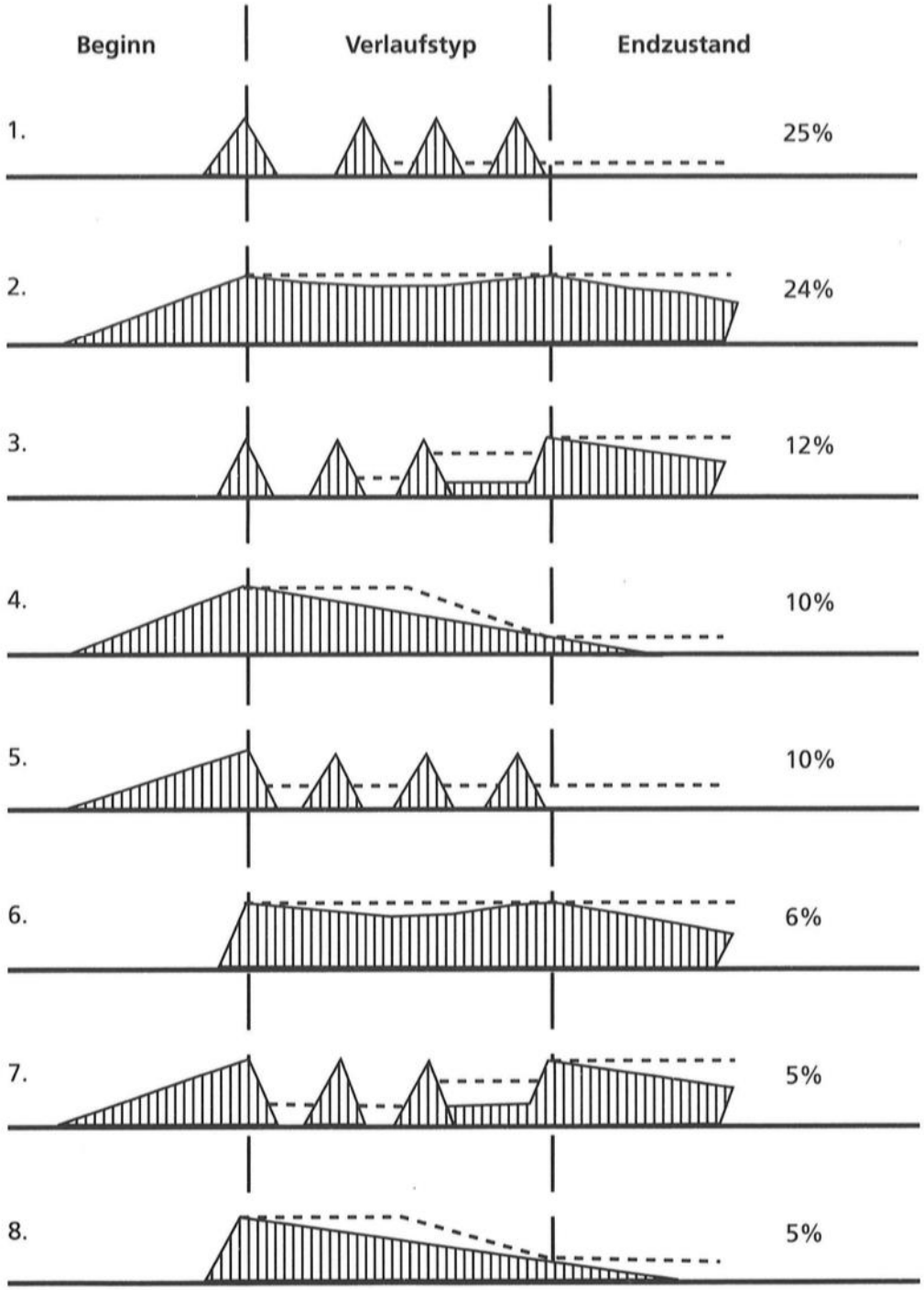
Ausbruch und Frühverlauf

Dem ersten ärztlichen Kontakt gehen durchschnittlich 4,8 Jahre depressiver, unspezifischer und negativer Symptome voraus.

Vom ersten positiven Symptom bis zum Höhepunkt der ersten Episode vergehen im Mittel 1,1 Jahre

Quelle: Häfner H. (2017, 139f)

Verlaufsformen schizophrener Psychosen (nach CIOMPI & MÜLLER 1976)



Sozialer Verlauf

Niedrige Beschäftigungsraten

Ersterkrankte: 13 - 65%

Chronisch Erkrankte: 10 - 20%

Eine prämorbid schlechte soziale Anpassung ist mit einem ungünstigen sozialen Verlauf assoziiert

vgl. u.a. Häfner 2017, 147

Häufigkeit

Etwas weniger als 1 % der Menschen betroffen

(Wenn man leichtere Formen und sog. Spektrumsstörungen einbezieht erhöht sich das Lebenszeit-Risiko auf bis zu 2 %)

Lebenserwartung / Todesursachen

Lebenserwartung: minus 10 bis 20 Jahre

Häufigste Todesursachen (Assoziation mit Tabakkonsum!):

- Herz-Kreislauferkrankungen,
- Schlaganfall,
- maligne Tumore (vor allem Lungenkrebs)
- (andere) Lungenerkrankungen (COPD, Lungenentzündung…)

10 bis 15% versterben durch Suizid !

vgl. OLFSON M. et al.: Premature Mortality among adults with Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015 (72), 12: 1172-1181

Gliederung

1) Geschichte

2) Symptome

3) Verlauf

4) Ursachen und Auslöser

5) Therapie, Behandeln, Begleiten

6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)

Vulnerabilität

- **genetisch** (Veranlagung)
- **organisch** (körperlich)
- **lebensgeschichtlich**

Stress

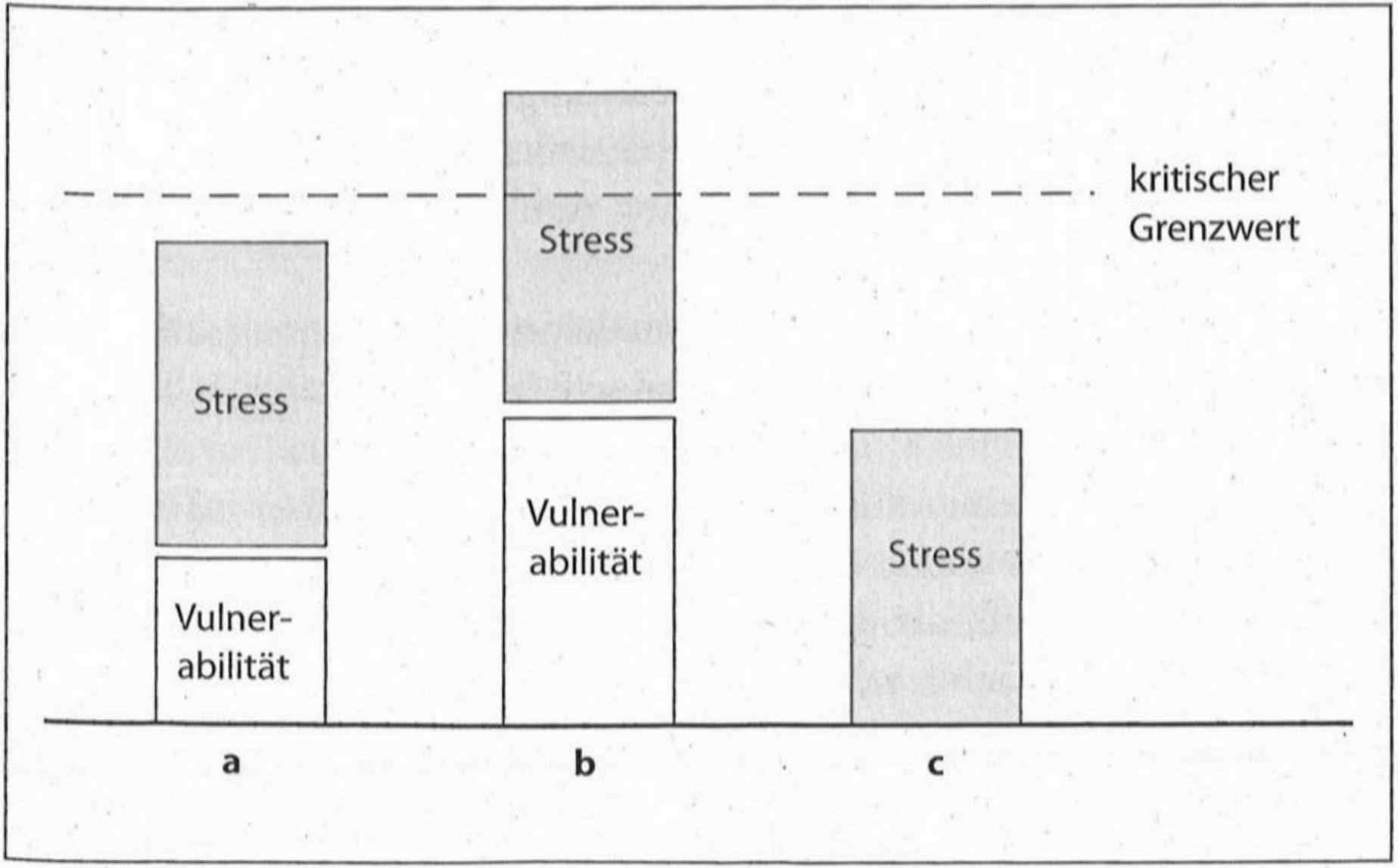
- **Coping Defizite**
  (Probleme bei der Stressbewältigung)
- **Probleme mit anderen**
  (z.B. Schwierigkeiten mit den Angehörigen etc.)
- **Kumulierung von Life-events**
  (Häufung von Alltagsproblemen und Schicksalsschlägen)

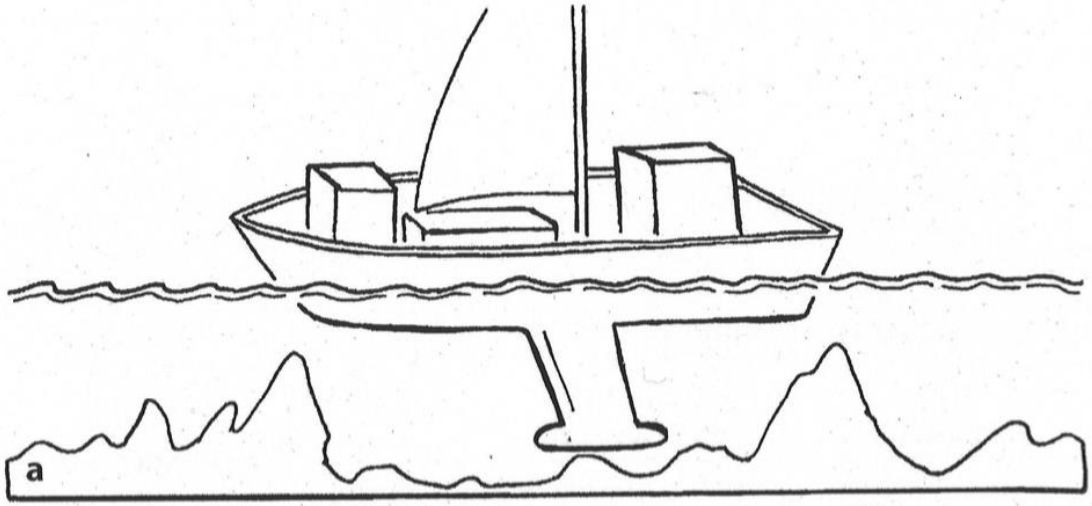
Medikation

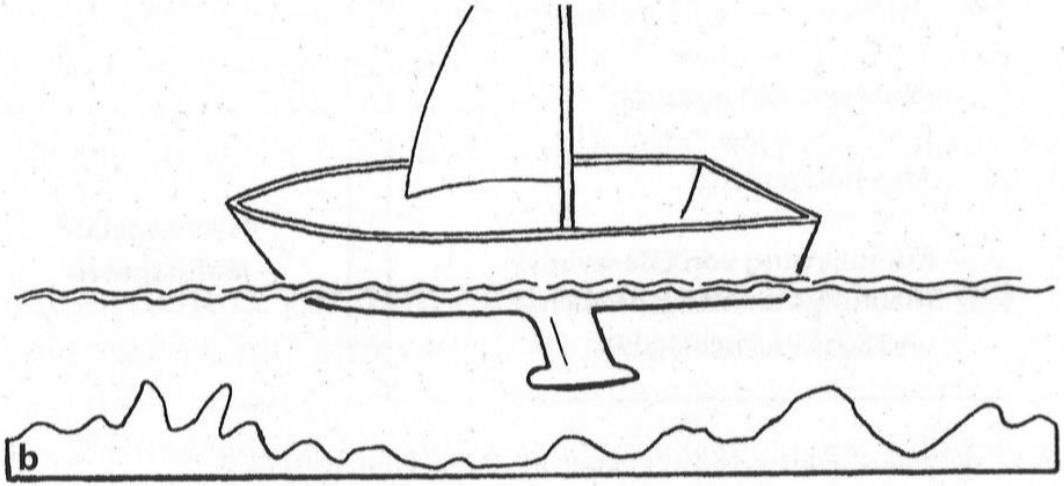
Psychotherapie

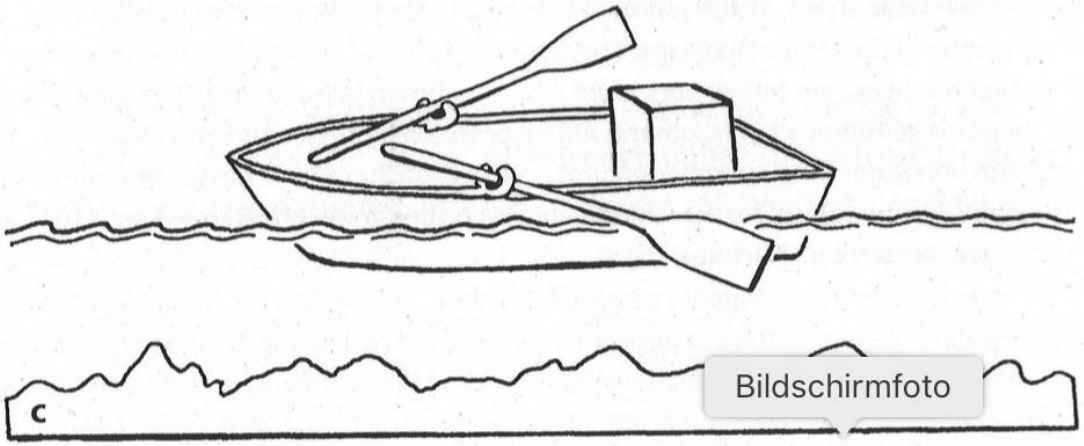
Psychosoziale Maßnahmen

Vulnerabilität und Stress

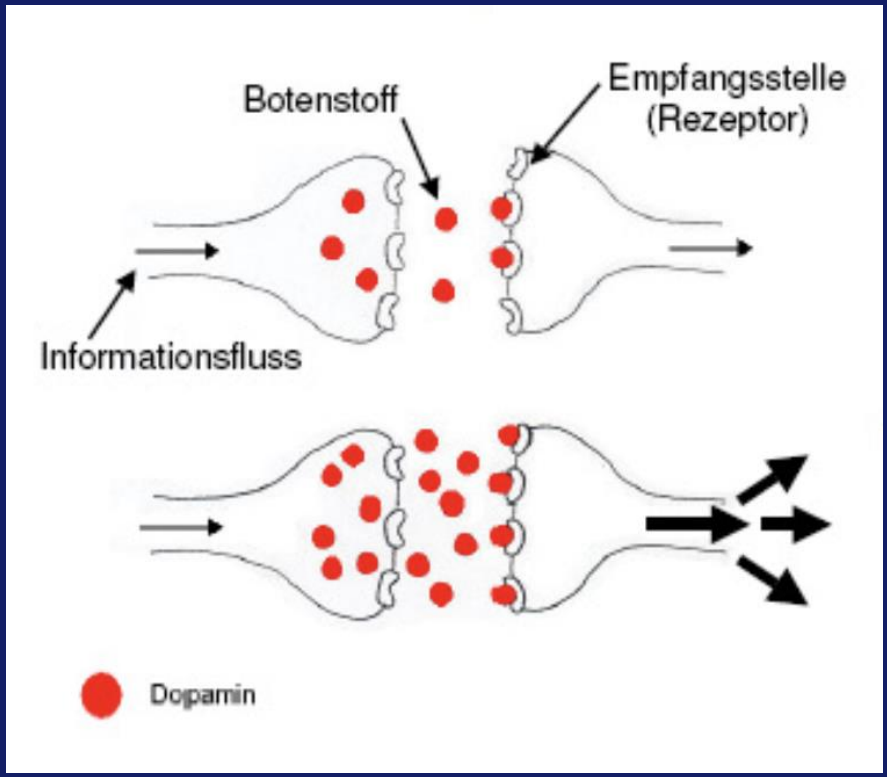








Bildschirmfoto



Quelle: http://www.segawa-dystonie.de/Schizophrenie.html

Gliederung

1) Geschichte

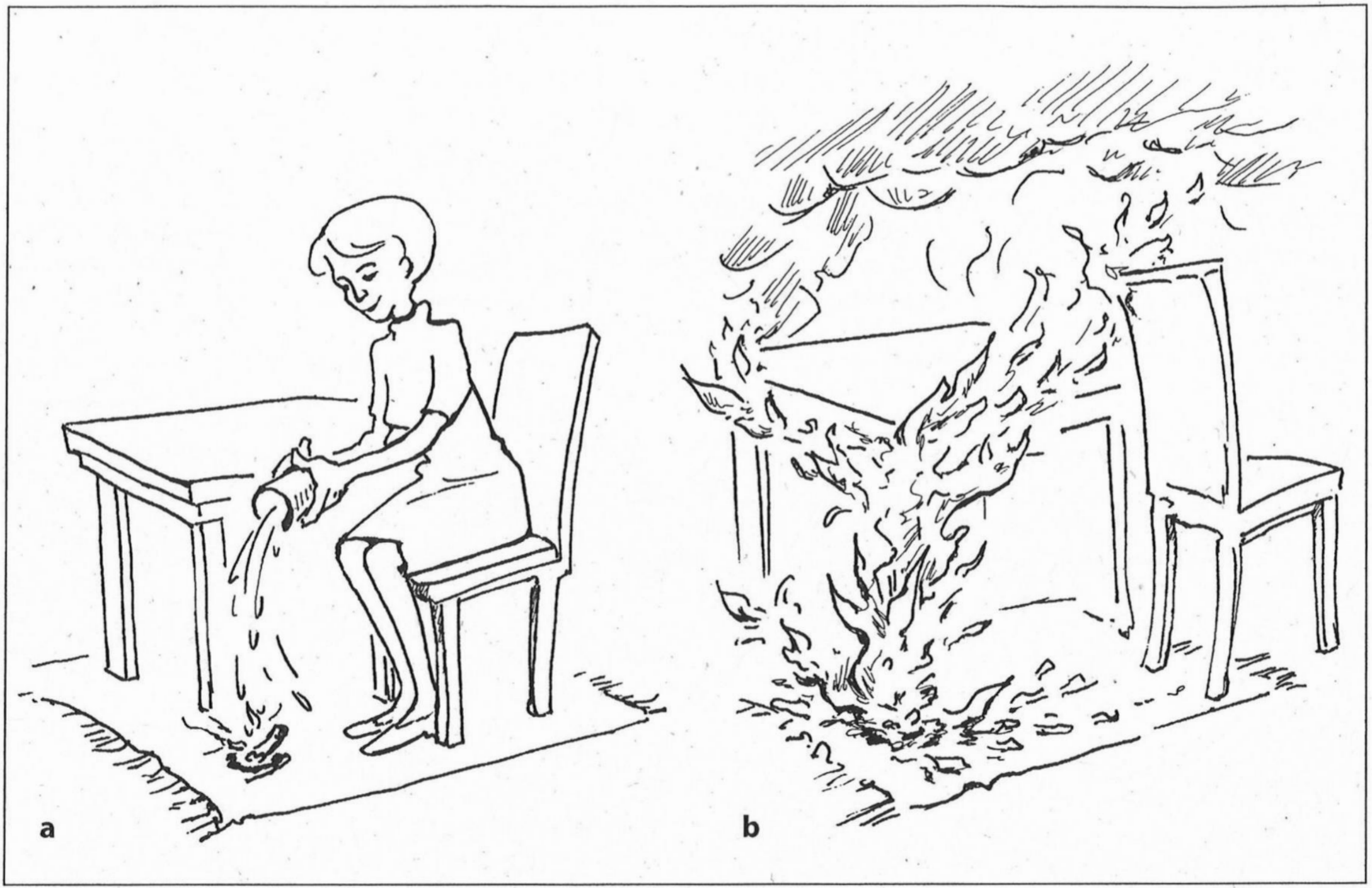
2) Symptome

3) Verlauf

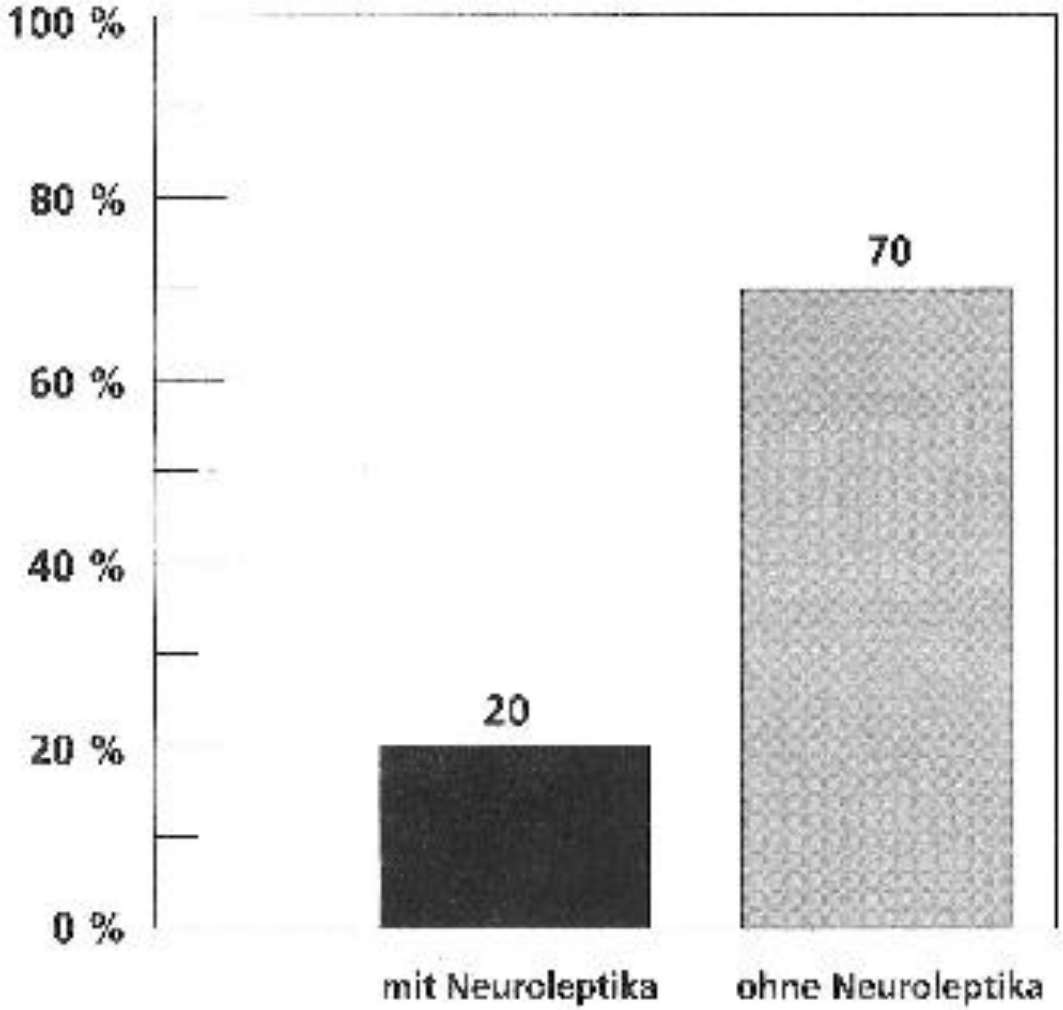
4) Ursachen und Auslöser

5) Therapie, Behandeln, Begleiten

6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)


a
b

Rückfallrisiko mit und ohne Neuroleptika innerhalb eines Jahres nach der akuten Erkrankung



Neuroleptika (NL)

1. Generation („klassische NL“)

z.B.:

Haloperidol / Haldol

Fluspirilen / Imap

Benperidol / Glianimon

Flupentixol / Fluanxol

Perphenazin (Dezentan)

Perazin / Taxilan

Sulpirid (Dogmatil)

Häufige Nebenwirkungen:

- Parkinsonoid
- Akathisie (Bewegungsunruhe)
- Dystonien und Spätdyskinesien
- Libidoverlust

Neuroleptika (NL)

2.. Generation („Atypika“)

z.B.:

Clozapin / Leponex

Amisulpirid / Solian

Aripiprazol / Abilify

Olanzapin / Zyprexa

Risperidon / Risperdal

Häufige Nebenwirkungen:

- Gewichtszunahme
- Libidoverlust
- Blutbildveränderungen

Psychotherapie & Psychoedukation

v.a. Kognitive Therapienformen

Training Sozialer Fertigkeiten (Stärkung!)

Unterstützung bei der Lebensführung / Lebensbewältigung

Psychoedukation

Vermeiden: Reaktivierung aufwühlender Gefühle

Gliederung

1) Geschichte

2) Symptome

3) Verlauf

4) Ursachen und Auslöser

5) Therapie, Behandeln, Begleiten

6) Einen Platz im Leben (wieder-)finden (Rehabilitation)

Wichtig für eine gute Alltagsbewältigung sind u.a.:

-Realistisches Lebenskonzept
-kognitive Funktionen,
-soziale Fähigkeiten
-Bildung
-Beschäftigung
-soziale Unterstützung

Neben der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung sind hierbei sehr wichtig:

- Training sozialer Fertigkeiten,
- kognitives Training,
- berufliche und soziale Rehabilitation
- komplementäre psychiatrische Dienste (Wohnen, Arbeiten und soziale Beziehungen)

Nochmal: die Kernbotschaften

1) Schizophrenie ist eine nicht seltene, schwere, meist dauerhafte Erkrankung …

2) … mit variablem Verlauf: 10 bis 20% sehr gut.

3) 10% bis 15% sterben durch Suizid.

3) Die „stillen“ Symptome behindern viel mehr als die auffälligen Symptome.

4) Psychosozialer Stress = Auslöser (auf der Basis der Vulnerabilität)

5) Denke dran: Die Betroffenen sind krank (engl. „mad“) - und nicht unwillig (engl. „bad“)

6) Medikamentöser Rückfallschutz (Rezidivprophylaxe) ist enorm wichtig!

7) Die Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive ist notwendig:
Sich einen (neuen) Platz im Leben einrichten - u.U. mithilfe von professionellen Angeboten.

Danke!