



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Schizophrenie I

Stefan Kaiser



Was ist „Schizophrenie“ ?

Keine einheitliche Definition

Komplexes Krankheitsbild mit Veränderungen von Wahrnehmung, Denken und Affektivität

Häufig mit dauerhafter Beeinträchtigung verbunden

Lebenszeitprävalenz von 1%



Übersicht

-> ***Symptome und Diagnose***

Ätiologie und Verläufe

Typen



Fallbeispiele

Fallbeispiele:
Patientin A.M.
Patient E.E.
Patient B.B.

Nach jedem Symptome in 2er Gruppen sammeln

Ordnen an Tafel



Symptome - Zusammenfassung

Positiv-Symptome

Wahn
Halluzinationen
Ich-Störungen

Negativ-Symptome

Affektverflachung
Apathie
Alogie
Anhedonie
Sozialer Rückzug

Kognitive Symptome

Affektive Symptome

Katatone Symptome



ICD Kriterien Schizophrenie

Mind. 1 Monat

Eines der folgenden:

- Gedankenlautwerden, -eingebug, -entzug, -ausbreitung
- Fremdbeeinflussungserleben, Wahnwahrnehmung
- kommentierende oder dialogisierende Stimmen
- anhaltender bizzarer Wahn



ICD Kriterien Schizophrenie

Oder zwei der Folgenden:

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
- Formale Denkstörungen
- Katatone Symptome
- Negativ-Symptome

Ausschluss:

- Wenn affektive Störung müssen schizophrene Symptome vorher aufgetreten sein
- Organische Erkrankung



Organische Psychosen

Hirnerkrankungen:

- Entzündliche Erkrankungen (MS, Enzephalitis)
- Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Hirntumor
- Epilepsie

Systemische Erkrankungen:

- Autoimmunerkrankungen
- Metabolische Erkrankungen
- > Drogen- und Medikamenteninduziert



Übersicht

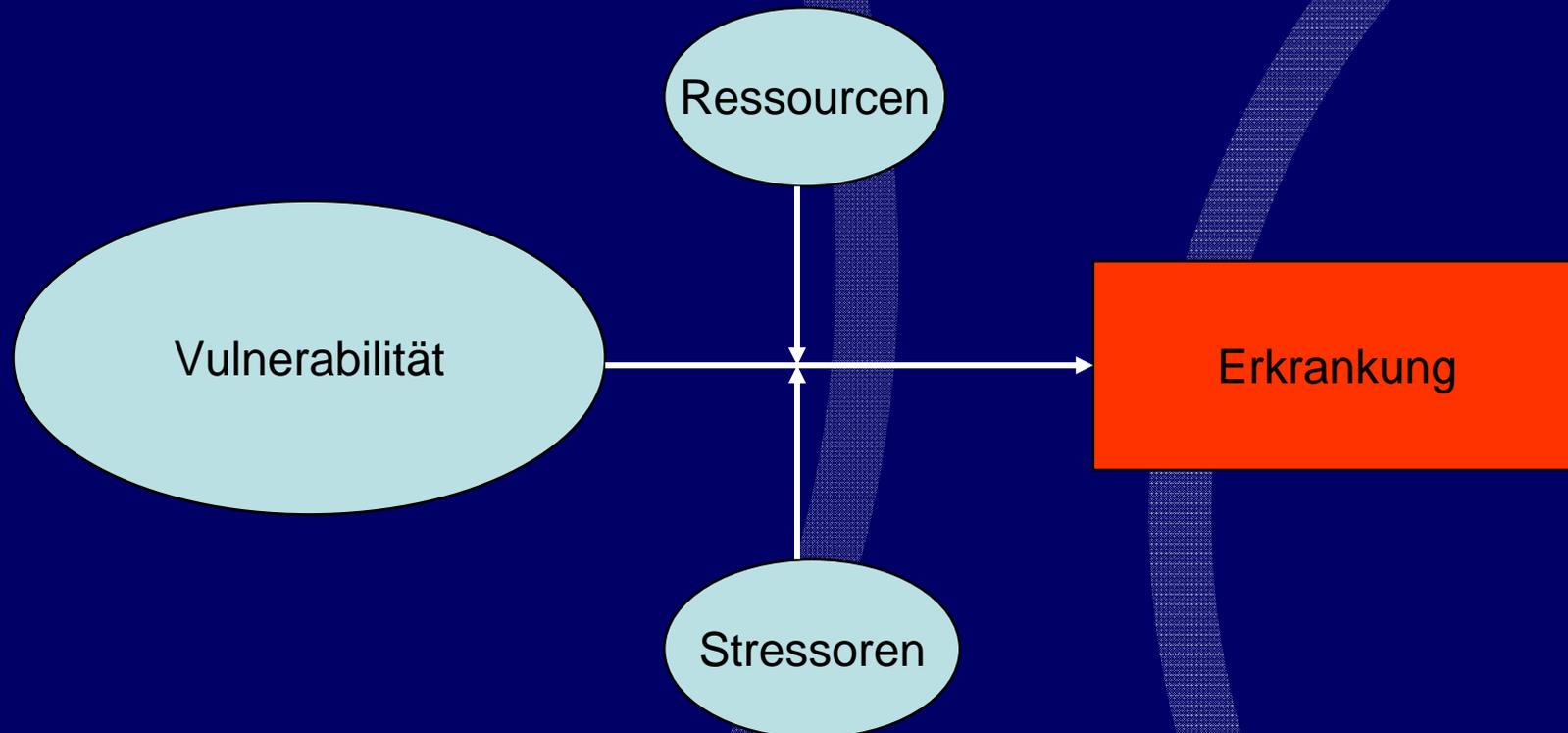
Symptome

-> Ätiologie und Verlauf

Typen



Vulnerabilität-Stress-Modell (Zubin & Spring)



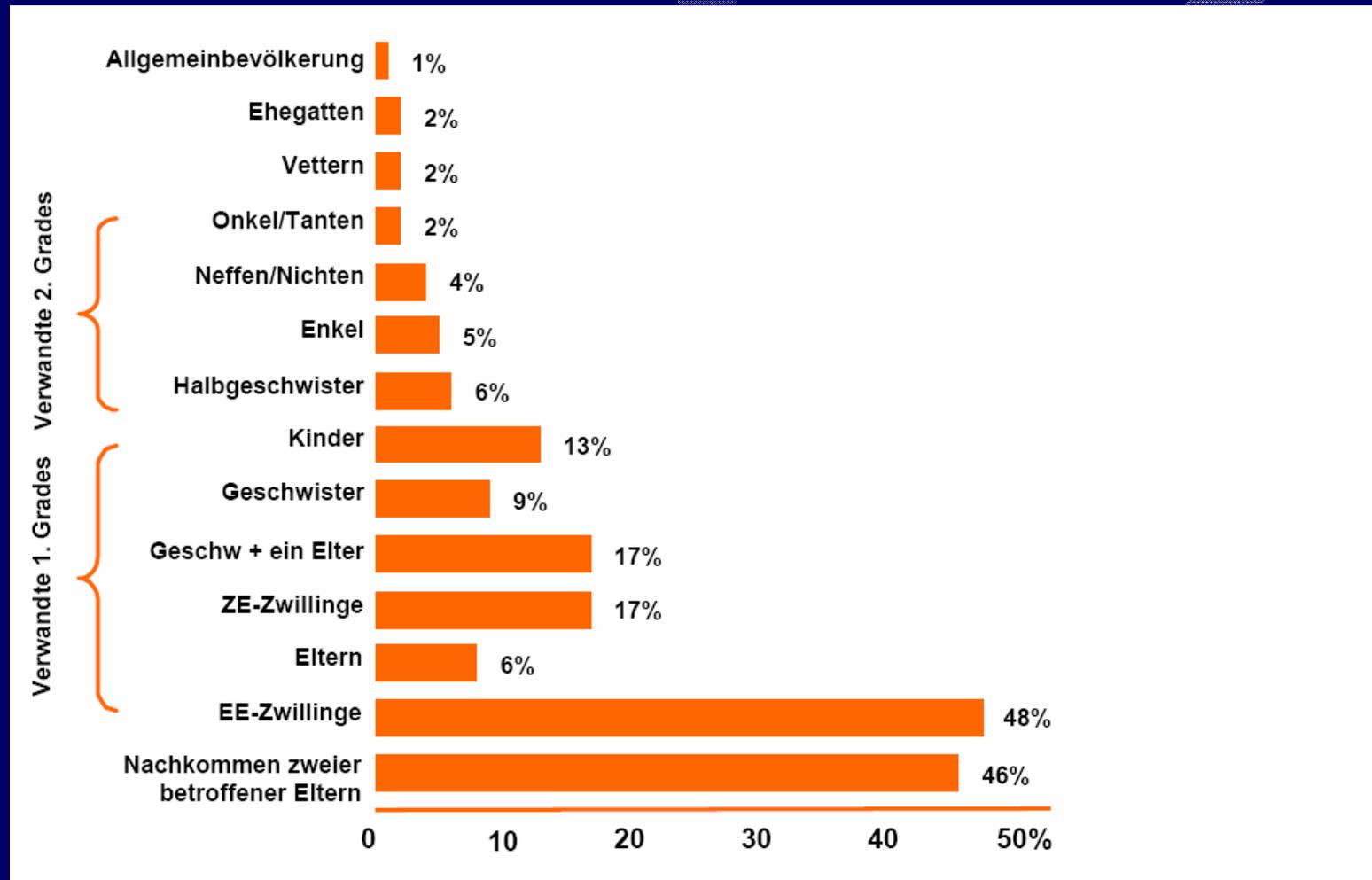


Wer bekommt eine Schizophrenie?

	Relatives Risiko
Familiäre Belastung	
Eineiiger Zwillingspartner mit SZ	~ 50,0
Zweieiiger Zwillingspartner, Geschwister mit SZ	~ 10,0
Geburtskomplikationen (v.a. Geburtsgewicht, Sauerstoffmangel)	2 - 4
Hohes väterliches Alter	2 - 4
Drogenkonsum (v.a. Cannabis)	2 - 4
Aufwachsen in Großstädten	1,5 - 2,5
Intelligenz niedriger (aber normgerecht)	1,5
Infektionen des Gehirns während Kindheit	1,5
Infektionen, Unterernährung der Mutter während Schwangerschaft	1,2 - 2,0

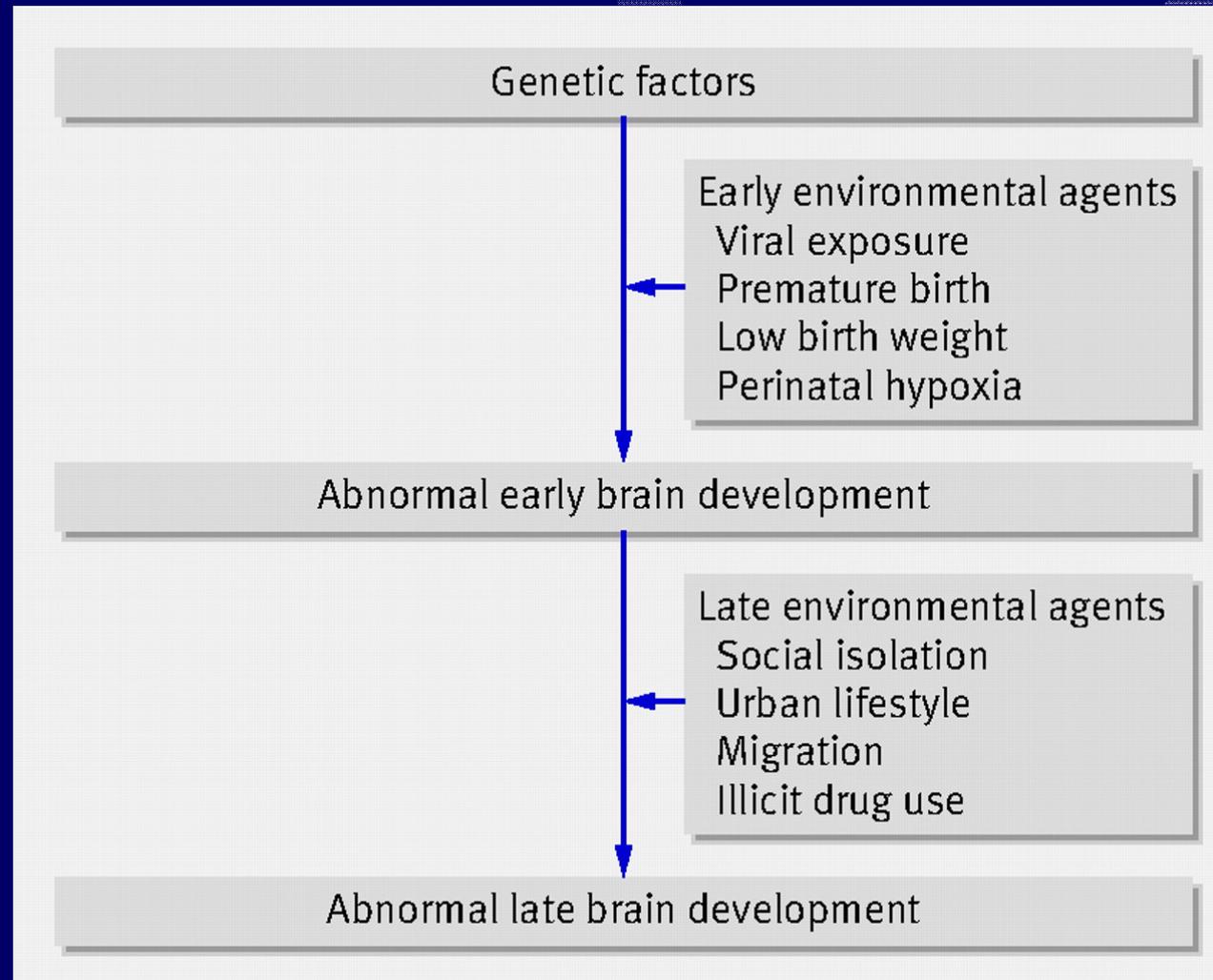


Heritabilität



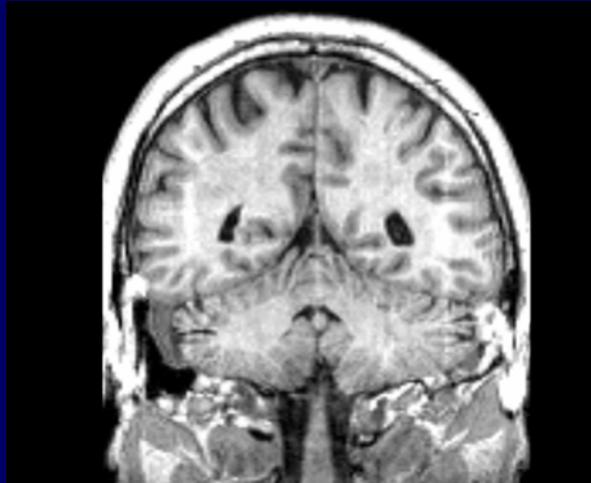


Schizophrenie als Entwicklungsstörung

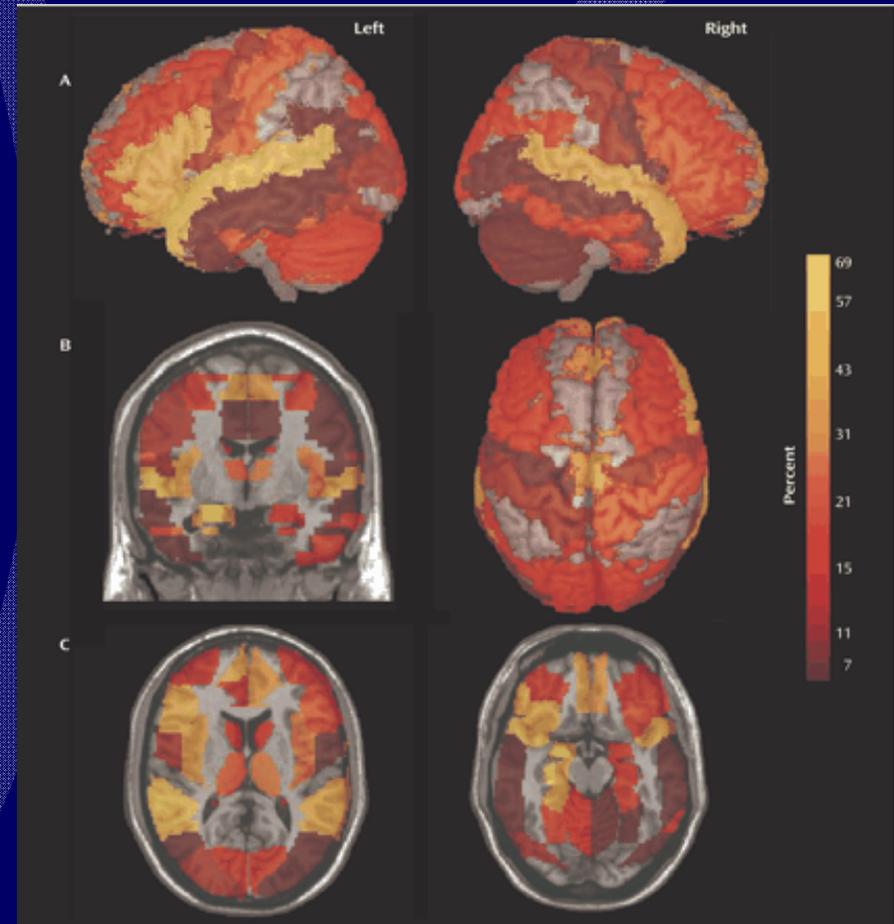




Schizophrenie als Hirnerkrankung



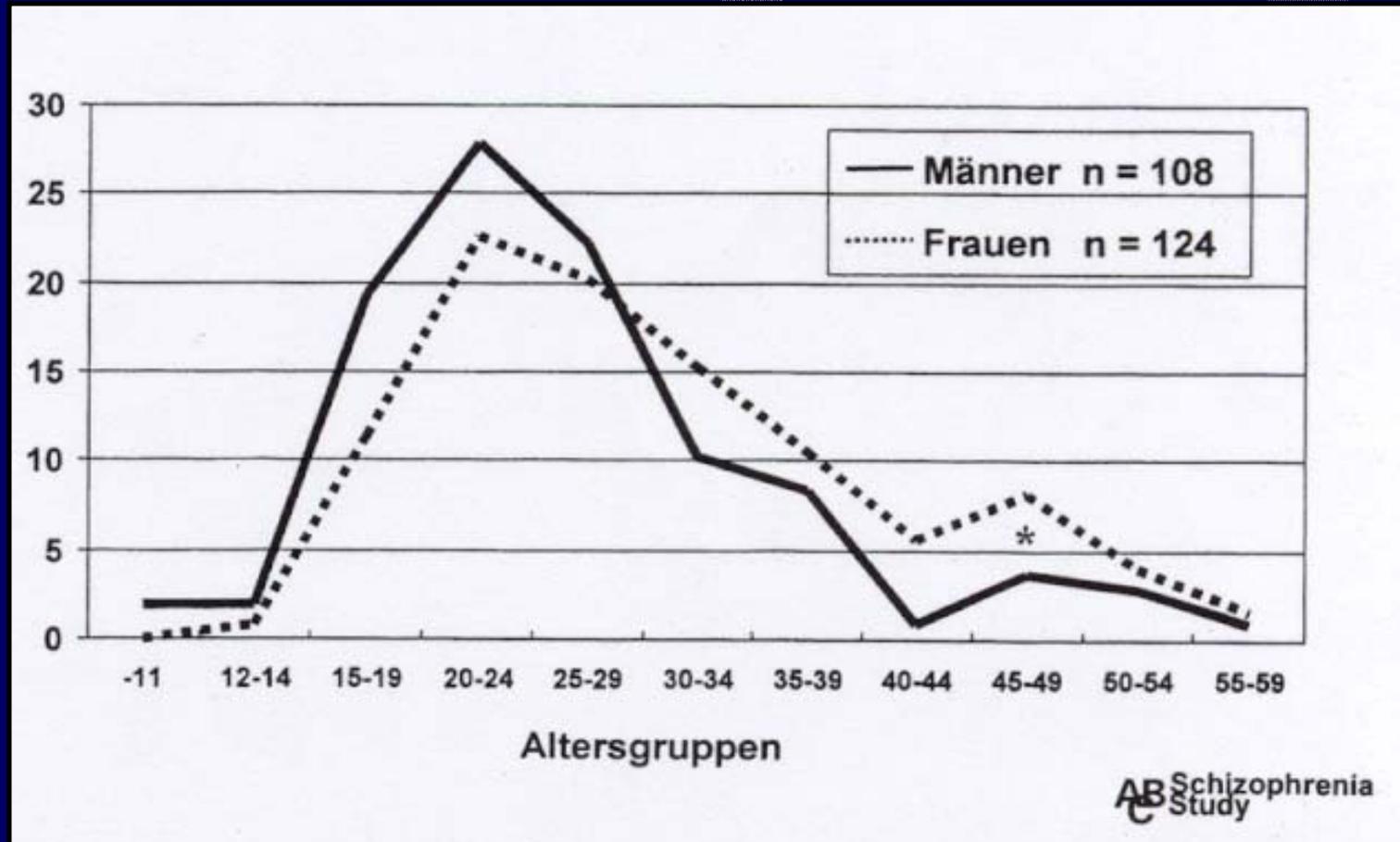
Ventrikelerweiterung



Fokale Volumenminderung



Ersterkrankungsalter

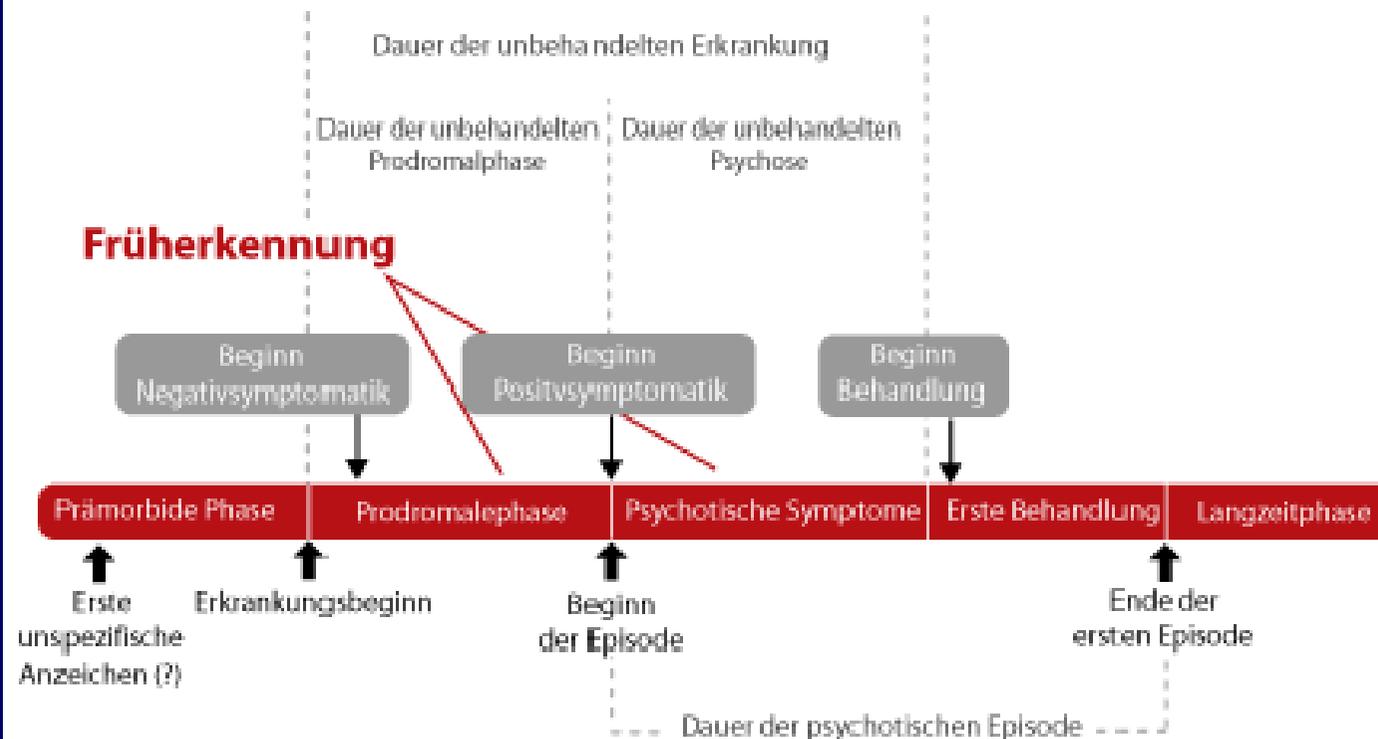




Initialer Verlauf

Phasen der psychotischen Erkrankung

 vergrößern





Prognose

1/3 gute Remission

- psychopathologisch und sozial geringe Restsymptome

1/3 mäßiggradige Residualbildung

1/3 schwere Endzustände

- weitgehend auf Versorgung angewiesen



Heterogenität der Langzeitverläufe

Beginn	Verlaufstyp	Ausgang	Häufigkeit (%)	Burghölzli Studie ¹	Vermont Studie ²
akut	episodisch	Gesundung/leicht	25,4	30-40 25-35	7
chronisch	einfach	mäßig/schwer	24,1	10-20	4
akut	episodisch	mäßig/schwer	11,9	5	4
chronisch	einfach	Gesundung/leicht	10,1	5-10	12
chronisch	episodisch	mäßig/schwer	9,6	-	38
akut	einfach	mäßig/schwer	8,3	5-15	3
chronisch	episodisch	mäßig/schwer	5,3	-	27
akut	einfach	Gesundung/leicht	5,3	5	5



Woran sterben schizophrene Patienten?

Im Vergleich zu Gesunden 10-20 Jahre früher

Suizid:

- 20-50% unternehmen einen Suizidversuch
- 10-15% versterben an Suizid

Körperliche Erkrankungen (-> Herz-Kreislauf):

- Ungesunder Lebensstil
- 2/3 Rauchen (oft grosse Menge)
- Körperliche Erkrankungen häufig nicht diagnostiziert, Patienten weniger compliant
- Nebenwirkungen von Medikation ?



Übersicht

Symptome

Ätiologie und Verlauf

-> ***Subtypen***



Paranoide Schizophrenie

Überwiegen Positiv-Symptome

-> Patientin A.M.

Häufigste Form (bis 75%)

Etwas späterer Beginn, häufiger bei Spätschizophrenien

Prognostisch vergleichsweise günstig



Hebephrene Schizophrenie

Überwiegend Desorganisation von Denken und Affekt
+ Negativsymptomatik

Positiv-Symptome eher fluktuierend und wenig
systematisiert

Vergleichsweise selten (10%)

Frühester Beginn, meistens im Jugendalter

Schlechte Prognose



Katatone Schizophrenie

Überwiegen katatoner / psychomotorischer Symptome (Patient B.B.)

Seltene Form (5%)

Häufig akuter Beginn

Prognose eher günstig



Schizophrenes Residuum und Schizophrenia simplex

Bei beiden überwiegt Negativ-Symptomatik,
Wesenänderung (-> Patient E.E.)

Erhebliche Funktionseinbussen (Beruf, Familie, ...)

Unterschied:

- Schizophrenes Residuum entwickelt sich im Verlauf aus anderer Schizophrenie-Form
- Schizophrenia simplex („blande Psychose“) erfüllt nie die eigentlichen Schizophrenie-Kriterien und ist daher mit Vorsicht zu stellen



Schizoaffective Störung (F25)

Gleichzeitig Kriterien für affektive Störung und Schizophrenie!

Niedrige Reliabilität der Diagnose

Wird wahrscheinlich zu häufig diagnostiziert

Potentielle Behandlungsrelevanz wg. Zusätzlicher Therapie mit Stimmungsstabilisierer / Antidepressiva



Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)

Allen gemein:

- Akuter Beginn
- Nicht selten im Rahmen von Belastungssituationen
- Je nach Psychopathologie max. 1-3 Monate

Formen:

- Akute polymorphe psychotische Störung
- Akute schizophreniforme psychotische Störung

Verlauf:

- In der Regel schnelle Vollremission
- Langzeitverlauf nicht gut untersucht, aber niedrigeres Rezidivrisiko als bei Schizophrenie



Anhaltende wahnhaftige Störung (F22)

Wahn für mindestens 3 Monate

Kriterien für Schizophrenie nicht erfüllt, Halluzinationen dürfen aber vorkommen

Meist chronischer Verlauf, häufig erstaunlich gut kompensiert

Suchen selten Behandlung auf, die dann auch schwierig ist



Übersicht

Symptome und Diagnose

Ätiologie und Verlauf

Subtypen

-> Therapie nächste Woche