



Schizophrenie als Modellerkrankung

Ursprüngliche Konzeption:

Dr. Rainer Herrn

Prof. Dr. med. Philipp Sterzer

Umwandlung in eVorlesung:

Dr. med. Veith Weilnhammer



Gliederung

1. Geschichte des Schizophrenie-Begriffs

- Psychiatrische Krankheitslehre bis Mitte des 19. Jahrhunderts
- Einführung des klinischen Verständnisses (Wilhelm Griesinger)
- Vorläufer der Schizophrenie-Diagnose (Emil Kraepelin)
- Einführung des Schizophrenie-Konzepts (Eugen Bleuer) und Weiterentwicklung an der Charité (Karl Bonhoeffer)
- Schizophrenie im Nationalsozialismus
- Neuformulierung des Schizophrenie-Begriffs durch Kurt Schneider
- Aktuelle Klassifikation im ICD-10 / DSM-V

2. Die Schizophrenie aus aktueller klinischer Perspektive

- Das diagnostische Procedere in einem prototypischen Fall
- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie
- Neurobiologische Grundlagen der Schizophrenie: Genetik, Aberrante Salienz und Dopamin-Stoffwechsel
- Grundsätze der Behandlung

Geschichte der Schizophrenie-Begriffs

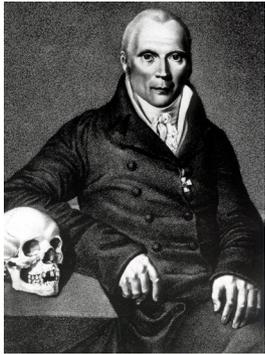
Entstehung der „Irrenheilkunde“

Kontext: Industrialisierung, Urbanisierung und Modernisierung

- Wandlung der Familienstrukturen, Lebens- und Arbeitswelten in der urbanen Moderne mit Zunahme von Leistungsdruck, monotoner Industriearbeit und Kleinfamilien
- Funktion der „Irrenheilkunde“: „Sicherung gegen Asozialität und Störung der öffentlichen Ordnung“ (Rationalitäts- und Normativitätslogik)
- Verwahrung „Geisteskranker“ zusammen mit „Verbrechern“, „Vagabunden“ und Prostituierten“

Erstes „Irrenhaus“ in Berlin: Krausenstraße für „Irre, Wahnsinnige und Epileptische“ (9 Männer, 24 Frauen) sowie „liederliche, faule und sich herumtreibende Personen“ (Bonhoeffer, 1940: 38)

Psychiatrische Krankheitslehre bis um 1860



Johann Christian Reich (1817-1968)

- Prägung des Begriffs der Psychiatrie (Subdisziplin der Inneren Medizin)
- **Psychiker:** Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen zeigen individuelle, verirrte „Leidenschaften“ von Geist und Seele.
- Psychisch Kranke sind „sittlich-moralisch aus der Lebensbahn Geworfene“.
- Hieraus werden therapeutische Anwendungen abgeleitet:
 - Militärische und religiös-moralische Übungen
 - Mechanische Anwendungen
 - Zwangsmaßnahmen

Gegenposition der **Somatiker:** Psychische Erkrankungen sind Ausdruck körperlicher Pathologien

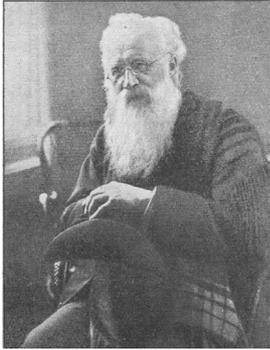
Vorläufer der Schizophrenie



Wilhelm Griesinger (1817-1968)

- Psychiatrie als eigenständige medizinische Wissenschaft
- Zusammenführung von Psychiatrie und Neurologie („Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen des Gehirns“)
- Humanisierung der Umgang mit psychisch Kranken und Einführung des non-restraints (Conolly, 1839)
- Krankheitsformen sind sukzessive Stadien eines psychotischen Kontinuums im Sinne einer „Einheitspsychose“ (Unitarismus)
- Ablehnung von diagnostischen Klassifikationen
- **Symptomenkomplexe** mit einheitlicher
 - Krankheitserscheinung (Symptomatik)
 - Krankheitsursache (Ätiologie)
 - Krankheitsort (lokalisiertes Hirnareal)

Vorläufer der Schizophrenie



Ewald Hecker (1871): Hebephrenie („Jugendirresein“)

- postpubertäre Geistesschwäche, Wegfall sozialer Hemmungen, Affektflachheit, zerfahrene Denkprozesse



Karl Kahlbaum (1874): Katatonie („Spannungsirresein“)

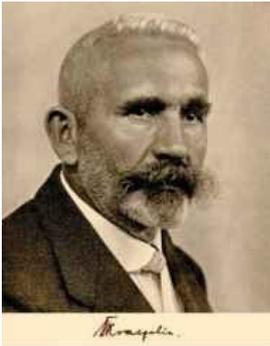
- Katalepsie (Starrsucht), Bewegungsstereotypien, Mutismus, Negativismus, Wahnideen (Widerständigkeit)



Emil Kraepelin (1893): Dementia paranoides

- Verfolgungs- und Größenwahn, Sinnestäuschungen, Erinnerungsfälschung

Dementia praecox



Emil Kraepelin (1856-1926)

- Prägung des Begriffs der „Dementia praecox“ als endogene, progressiv verlaufende Psychose
- Abgrenzung vom „manisch-depressiven Irresein“
- Sammelbegriff für Unterdiagnosen „Hebephrenie“, „Katatonie“ und „Dementia paranoides“ aufgrund des chronischen Verlauf und der ungünstigen Prognose
- Zerfall von Denken und Fühlen, schwere „Persönlichkeitsveränderung“ mit ungünstigem Verlauf

Kritik:

- Häufig vergebene, in unklaren Fällen angewandte Sammeldiagnose
- Kritik am Krankheitskonzept aufgrund von Remissionen

Schizophrenie-Konzept nach Bleuler



Eugen Bleuler (1857-1939)

- Fokus auf das psychopathologische Querschnittsbild (Symptomperspektive)
- Prägung des Begriffs „**Schizophrenie**“ im Sinne einer „Zerissenheit verschiedener psychischer Funktionen“
- **Grundsymptome** (Diagnostische Marker):
 - Assoziationsstörungen (Zerfahrenheit)
 - Affektstörungen (Parathymie, verflachter Affekt)
 - Autismus (Soziale Kontaktarmut/Selbstbezug)
 - Ambivalenz (Gleichzeitigkeit emotionaler Antagonisten)
- **Akzessorische Symptome**: Sinnestäuschungen, Manierismus, Negativismus, Bewegungsstereotypien, Zwangsphänomene, Persönlichkeits-, Gedächtnis- und Sprachstörungen

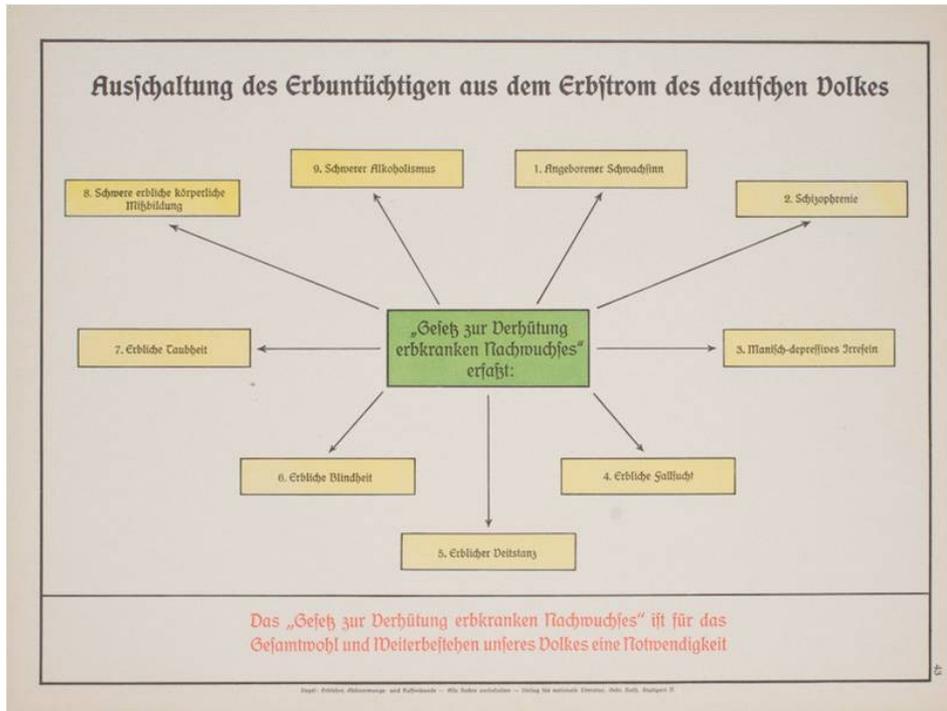
Modifikation der Schizophrenie-Konzepts



Karl Bonhoeffer (1868-1948)

- **1908:** Kritik an Kraepelins Konzept der Dementia praecox und Teilnahme an der Erstpräsentation Bleulers auf der Jahrtungstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie
- **1915:** Verwendung als Attribut („schizophrene Entwicklung/Sperrung/Störung“) im Rahmen von klinischen Demonstrationen
- **1917:** Erstvergabe der Schizophrenie-Diagnose an der Charité
- **1925:** Anstieg zur häufigsten Diagnose
- Unterschied zu Bleuler: Affektstörung als Schlüsselsyptom (großstädtische Verhältnisse in Berlin)
- Eingang in den **Würzburger Schlüssel** (1933): Deutschlandweit verbindliche, psychiatrische Krankheitsklassifikation.

Schizophrenie in der NS-Zeit (1933 bis 1945)



- **Würzburger Schlüssel** als Basis des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933): circa 130000 Zwangssterilisationen, Ermordung zahlreicher, vor allem junger Patient*Innen)
- Bewertung der Schizophrenie nach der „Nützlichkeit“ der Patienten für den „Volkskörper“

Schizophrenie:

- Genetische Ätiologie und Eugenik
- Schlechte Prognose (hohe Therapie- und Arbeitskosten)
- Begrenzte Arbeitsfähigkeit

Mit einem Anteil von 1/3 häufigste Diagnose, welche im Gesetz zur Verhütung Erbkranken Nachwuchses zur Anwendung gebracht wurde.

Schizophrenie-Konzept nach Schneider



Kurt Schneider (1887-1967)

- Versuch einer Operationalisierung der Diagnostik
- Modell aus prognostischer und pragmatisch-symptomatologischer Sicht (1938)
- multivariante Ätiologie, kein physiologisches Korrelat

- **Neuordnung der Symptome**
 - **Symptome 1. Ranges:** Gedankenlautwerden, Stimmenhören, körperliches Beeinflussungs-erleben, Willensbeeinflussung, Wahn-wahrnehmungen

 - **Symptome 2. Ranges:** Halluzinationen, Sinnentäuschungen, Ratlosigkeit, depressive Verstimmung, Gefühlsverarmung

Schizophrenie-Konzept nach ICD/DSM

ICD-10 (F20.9)	DSM-5 (295.90)
<ol style="list-style-type: none">1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung2. Kontroll- u. Beeinflussungswahn, Gefühl d. Gemachten, Wahnwahrnehmung3. Kommentierende oder dialogisierende Stimmen4. Anhaltender deutlicher Wahn5. Anhaltende andere Halluzinationen6. Formale Denkstörungen7. Katatone Symptome8. Negative Symptome <p>Symptome: 1 von 1-4 <i>oder</i> 2 von 5-8</p> <p>Zeitkriterium: > 1 Monat</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Wahn2. Halluzinationen3. Desorganisierte Sprache4. Stark desorg./katatones Verhalten5. Negative Symptome (z.B. red. emotionaler Ausdruck, Avolition) <p>Symptome: 2 von 5 (inklusive 1., 2. o. 3.)</p> <p>Zeitkriterium: > 1 bzw. 6 Monate</p>

Schizophrenie-Konzept nach ICD/DSM

ICD-10 (F20.9)	DSM-5 (295.90)
<p>Symptome 1. Ranges (K. Schneider)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung 2. Kontroll- u. Beeinflussungswahn, Gefühl d. Gemachten, Wahnwahrnehmung 3. Kommentierende oder dialogisierende Stimmen 4. Anhaltender deutlicher Wahn 5. Anhaltende andere Halluzinationen 6. Formale Denkstörungen 7. Katatone Symptome 8. Negative Symptome 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wahn 2. Halluzinationen 3. Desorganisierte Sprache 4. Stark desorg./katatones Verhalten 5. Negative Symptome (z.B. red. emotionaler Ausdruck, Avolition)
<p>Symptome: 1 von 1-4 oder 2 von 5-8</p>	<p>Symptome: 2 von 5 (inklusive 1., 2. o. 3.)</p>
<p>Zeitkriterium: > 1 Monat</p>	<p>Zeitkriterium: > 1 bzw. 6 Monate</p>

Die Schizophrenie aus aktueller klinischer Perspektive

Ein Fall auf der Rettungsstelle

- Ein 23-jähriger Maschinenbaustudent wird von den besorgten Mitbewohnern in die Rettungsstelle gebracht.
- Die Mitbewohner berichten, dass sich der Patient seit zwei Jahren vermehrt zurückziehe und nach anfänglichen guten Leistungen immer häufiger durch Prüfungen an der Universität falle. Er rede oft „komisch“ und lache unangemessen. Seit ein bis zwei Monaten hätte die Mitbewohner eine deutliche Verschlechterung bemerkt.
- Der Patient selbst berichtet, dass seine Nachbarn ständig kommentierten, was er täte. Auch habe er „fremde Gedanken im Kopf“ wahrgenommen.
- Die Nachbarn würden für einen Geheimdienst arbeiten und Radiowellen einsetzen, um ihn zu quälen. Dies wisse er, da er „auffällige“ Autos vor dem Fenster gesehen habe. Man habe Abhörgeräte in seiner Wohnung installiert und berichte im Fernsehen über ihn.

Diagnostischer Prozess

Prozessschritte mit der Patientin / dem Patienten besprechen

...

Diagnose stellen (Komorbiditäten)

Paranoide Schizophrenie

Syndrom benennen

Psychotisches Syndrom

Zusatzuntersuchungen (Labor, Bildgebung, EEG, Neuropsychologie)

Ohne Befund

Symptome erfassen: geleitete Exploration
Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Psychopathologischer Befund

Beschwerden erfragen: intuitive Exploration

Siehe Anamnese

Intuitive Exploration

- Leistungsknick, Konzentrationsstörungen und sozialen Rückzug
- Sei seit 1-2 Monaten deutlich verändert
- Lache unangemessen
- Höre Kommentare der Nachbarn
- Habe fremde Gedanken im Kopf
- Werde mit Radiowellen gequält
- Werde abhört
- Im Fernsehen werde über ihn berichtet
- Habe „auffällige Autos“ gesehen

Geleitete Exploration: Psychopath. Befund

Akutes hirnorganisches Psychosyndrom

Quantitatives und qualitatives Bewusstsein

Orientierung: Person/Ort/Zeit/Situation

Auffassung

Chronisches hirnorganisches Psychosyndrom

Konzentration

Merkfähigkeit

Gedächtnis

Geleitete Exploration: Psychopath. Befund

Psychotisches Syndrom:

Formales und inhaltliches Denken

Wahrnehmungsstörungen

Ich-Störungen

Affektives Syndrom:

Stimmung

Antrieb

Schlaf

Syndromale Zuordnung

- Leistungsknick, Konzentrationsstörungen und sozialen Rückzug: **Negativsymptomatik**
- Lache unangemessen: **Störung des Affekts**
- Höre Kommentare der Nachbarn: **Akustische Halluzinationen**
- Habe fremde Gedanken im Kopf: **Gedankeneingebung**
- Werde mit Radiowellen gequält: **Bizarrer Beeinflussungswahn**
- Werde abhört: Wahngedanken **Paranoider Wahn**
- Im Fernsehen werde über ihn berichtet: **Beziehungswahn**
- Habe „auffällige Autos“ gesehen: **Wahnwahrnehmungen**

Syndrom: **Paranoid-halluzinatorisches Syndrom**

Ätiologische Zuordnung

Weitere Anamnese:

Sei seit 1-2 Monaten deutlich verändert: **Zeitkriterium**

Psychiatrische Altanamnese

Medikamentenanamnese

Drogenanamnese

Familienanamnese

Soziobiographische Anamnese

Körperliche Untersuchung

Paraklinische Untersuchungen (z.B. Labor, Toxikologie, Bildgebung, Liquor, EEG)

Wahrscheinlichste Ätiologie: **Paranoide Schizophrenie**

Schizophrenie-Konzept nach ICD/DSM

ICD-10 (F20.9)	DSM-5 (295.90)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung 2. Kontroll- u. Beeinflussungswahn, Gefühl d. Gemachten, Wahnwahrnehmung 3. Kommentierende oder dialogisierende Stimmen 4. Anhaltender deutlicher Wahn 5. Anhaltende andere Halluzinationen 6. Formale Denkstörungen 7. Katatone Symptome 8. Negative Symptome <p>Symptome: 1 von 1-4 oder 2 von 5-8</p> <p>Zeitkriterium: > 1 Monat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wahn 2. Halluzinationen 3. Desorganisierte Sprache 4. Stark desorg./katatones Verhalten 5. Negative Symptome (z.B. red. emotionaler Ausdruck, Avolition) <p>Symptome: 2 von 5 (inklusive 1., 2. o. 3.)</p> <p>Zeitkriterium: > 1 bzw. 6 Monate</p>

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Prädisposition

hereditäre
Faktoren

diskrete/subtile zerebrale
Schädigungen

psychosoziale
Faktoren

Auslöser

Stressoren
„life-events“
Drogen

Vulnerabilität

„Psychose“

Heilungsfördernde
Faktoren

Remission

Rezidivprovozierende
Faktoren

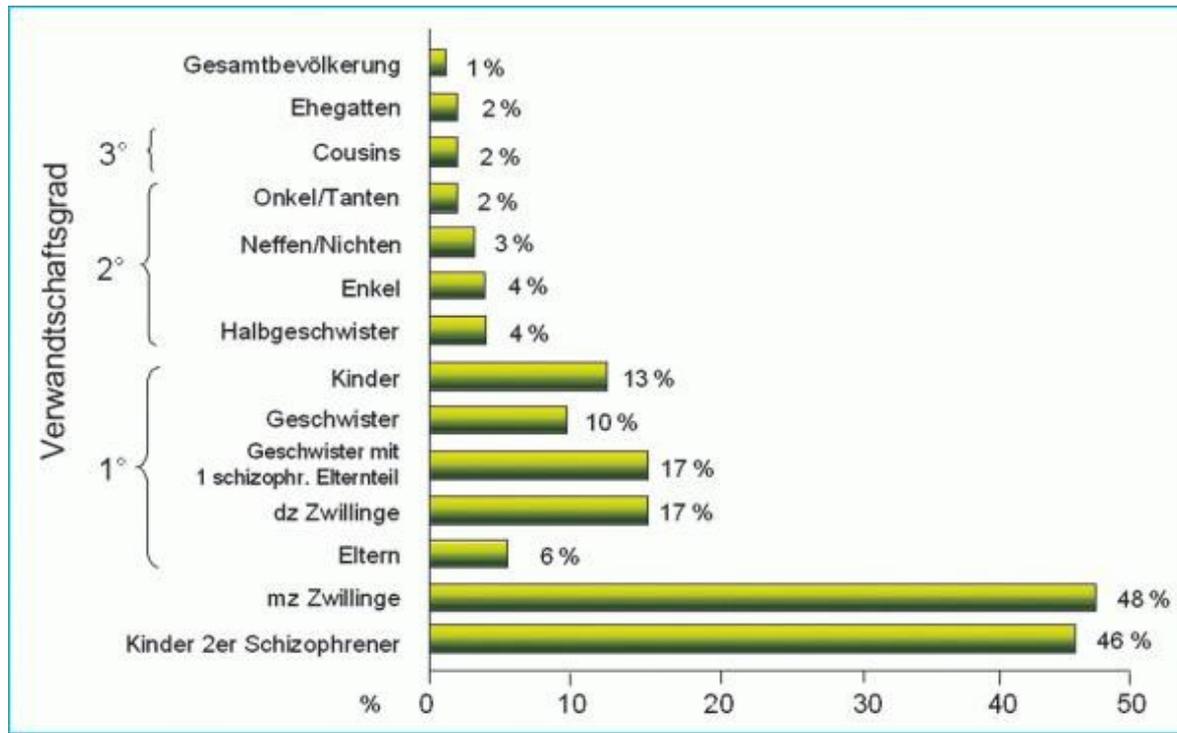
Rezidiv

Perpetuierende
Faktoren

chronisch produktiver Verlauf

chronisch unproduktiver Verlauf

Prädisposition: Genetik



Schossner A et al. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2006; 7 (4): 19-24 ©

Genomweite Assoziationsstudien:

108 Genorte mit Assoziation zur Schizophrenie identifiziert (Rippke et al., 2014)

Prädisposition: Weitere Faktoren

Geschlecht:

Gleiche Inzidenz bei Männern und Frauen (~1%)
Männer erkranken signifikant früher

Saisonale Einflüsse:

Ein überproportional großer Anteil von schizophrenen Erkrankten wird in den Wintermonaten geboren (Umweltfaktoren, Ernährungsdefizite, Infektionen in der Schwangerschaft)

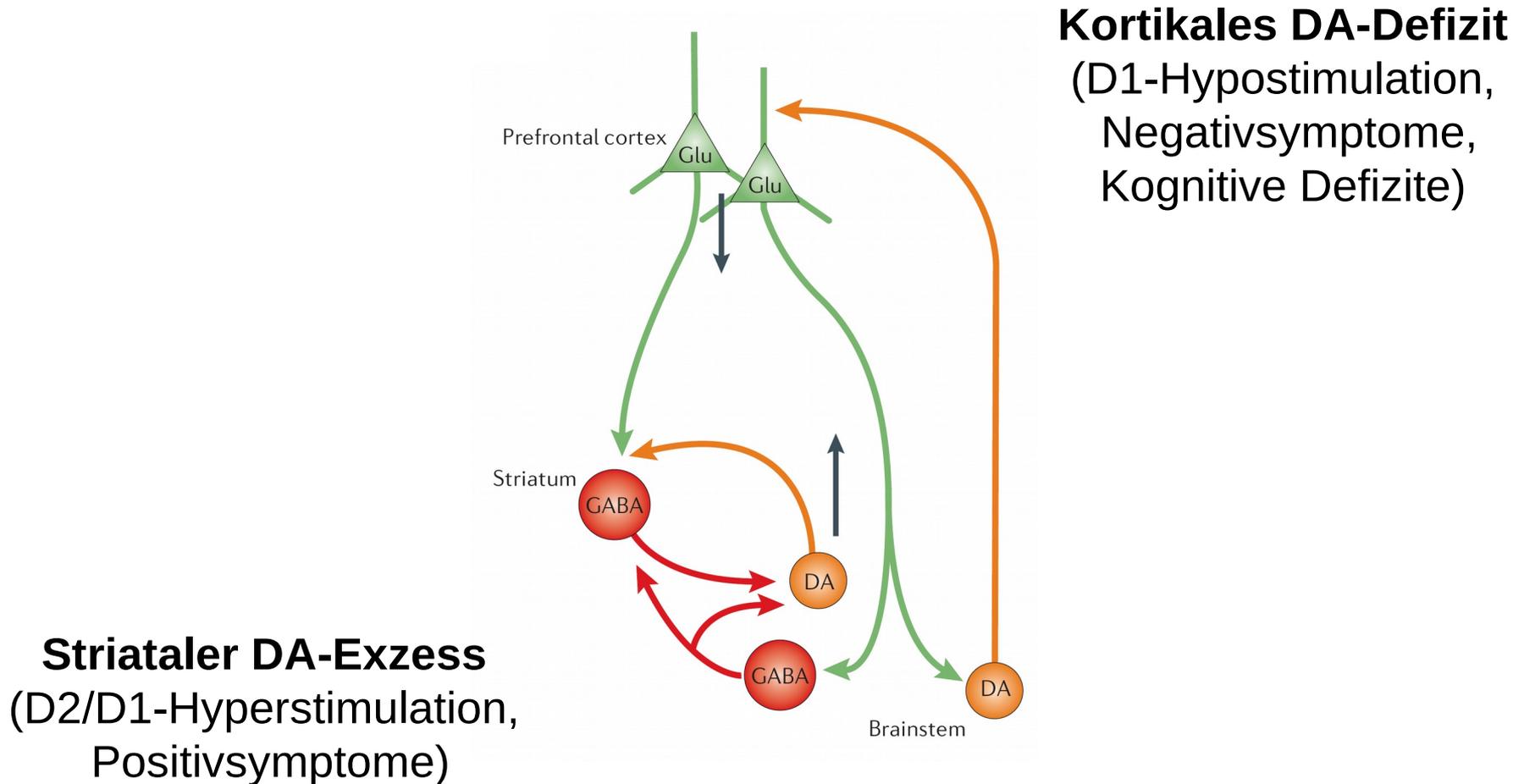
Soziobiographische Risikofaktoren:

Niedriger sozioökonomischer Status
Leben in der Großstadt
Kulturfremde Umgebung
Alleinstehende Personen

Perinatale Komplikationen

Kommunikationsstil innerhalb der Familie (High-Expressed Emotions)

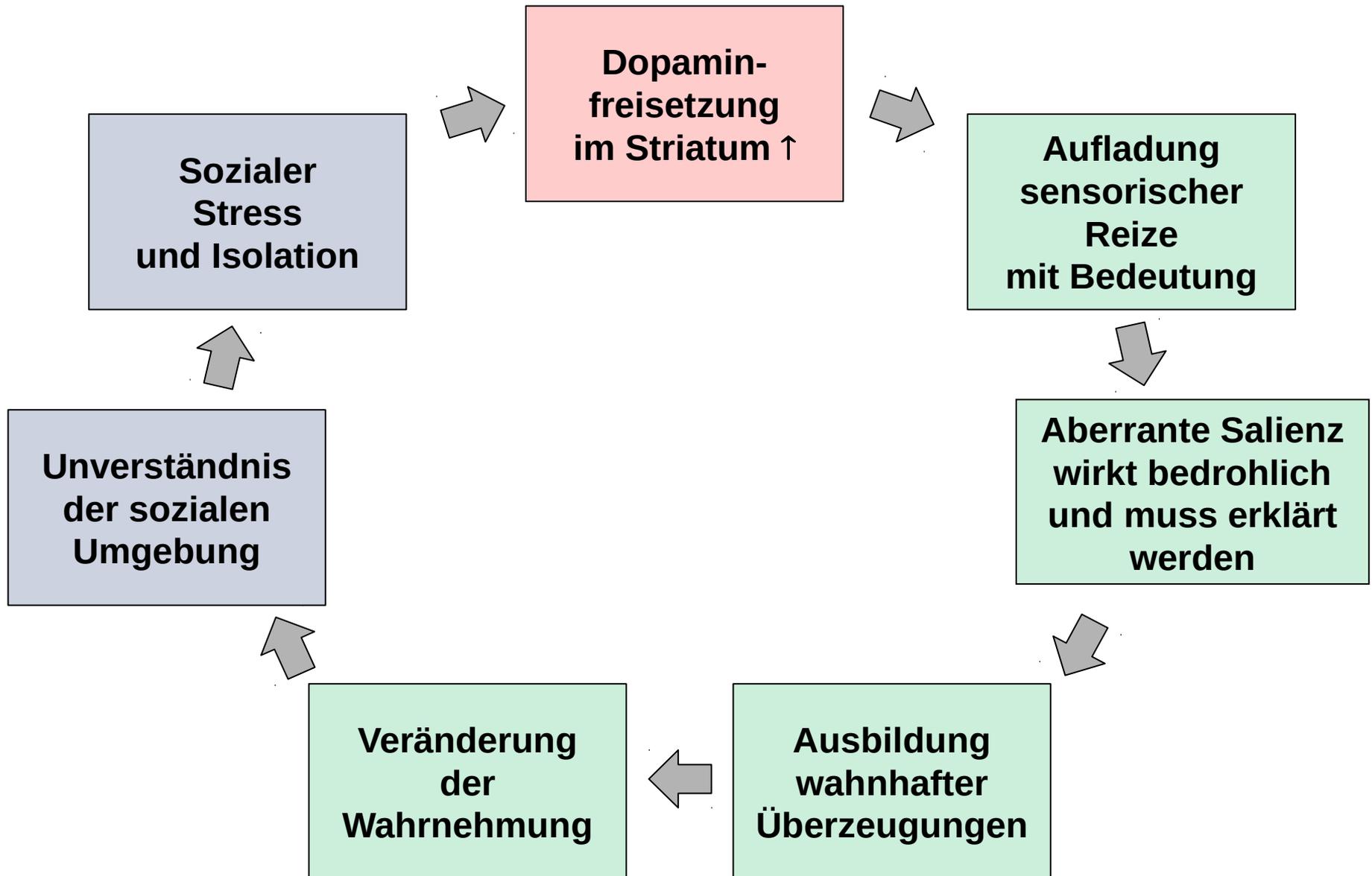
Die modifizierte Dopaminhypothese



Aberrante Salienz



Prinzipien der Behandlung



Prinzipien der Behandlung

