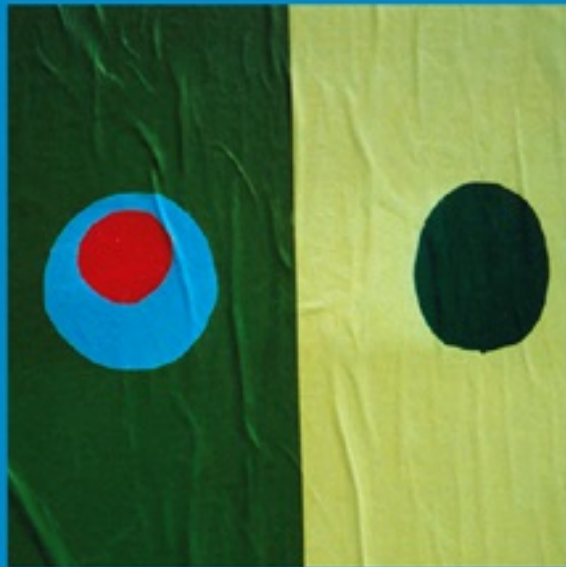


C.H.BECK **WISSEN**

Heinz Häfner
SCHIZOPHRENIE



Erkennen
Verstehen
Behandeln

Ein psychotisches Syndrom oder auch die voll ausgebildete Symptomatik einer Schizophrenie, einschließlich der negativen Symptome, können auch bei mehreren mit Hirnfunktionsstörungen einhergehenden Grundkrankheiten auftreten, beispielsweise bei den seltenen reinen Erbkrankheiten des Zentralnervensystems, etwa bei Chorea Huntington oder Morbus Wilson. Hirnerkrankungen, die mit psychotischen Syndromen einhergehen können, sind auch Epilepsien, bestimmte Hirntumore und Gefäßerkrankungen, demyelisierende Erkrankungen wie die Multiple Sklerose und Frühstadien degenerativer Erkrankungen, etwa die frontotemporale Hirnatrophie und der Morbus Alzheimer. Auch bei systemischen Leiden, etwa beim Lupus erythematoses, oder bei Infektionen, die das Zentralnervensystem mit betreffen, z.B. Aids (HIV), Borreliose (Lyme-Krankheit), Borna-Virus-Infektionen und bei anderen Virusenzephalitiden, kann es zu psychotischen Episoden teilweise von längerer Dauer kommen. Die Therapie besteht dann, soweit möglich, in der Behandlung der Grundkrankheit.

Das gilt auch für ein bevorzugt im Alter auftretendes Leiden, die Parkinson'sche Erkrankung. Doch hier sind nicht nur die degenerativen Hirnveränderungen Anlass des erhöhten Psychoserisikos. Auch die Behandlung mit L-Dopa, einer Vorstufe des Neurotransmitters Dopamin – Dopaminmangel an bestimmten Stellen des Gehirns ist der Kern des Parkinson'schen Krankheitsgeschehens -, führt zur Auslösung psychotischer Symptome. Das gebietet eine sorgfältige Dosierung dieses Mittels.

Eine Sonderrolle als Ursache schizophrenieähnlicher Psychosen nehmen psychoaktive Substanzen ein. Die derzeit – wenn auch mit extremen Unterschieden – häufigsten psychotomimetisch wirksamen Substanzen sind Cannabis, Metamphetamin, LSD, Kokain, Atropin, Bipyridin, Amantadin, Phencyclin, Alkohol, Disulfiram und Phenelon; die Mehrzahl davon ist als Suchtmittel in Gebrauch.

Die maximale Häufigkeit weist gegenwärtig der Cannabisgebrauch auf. Die Droge Cannabis kann sowohl eine kurzfristige schizophrenieähnliche Psychose hervorrufen, die nach dem Ausscheiden des Gifts aus dem Organismus wieder abklingt, als auch den Anstoß zu einer autonom weiterverlaufenden Schizophrenie geben. Das spezifische Risiko und die kurz- und langfristigen Folgen werden in Abschnitt 6.2 dargestellt.

Die Diagnose einer Schizophrenie auf der Grundlage des psychopathologischen Befundes liefert also noch keine hinreichende Abklärung der zugrunde liegenden

Krankheit. Deshalb muss immer, vor allem wenn Verdachtsmomente bestehen, ein andersartiges Grundleiden durch geeignete diagnostische Maßnahmen festgestellt oder ausgeschlossen werden.[3]

2.5 Schizophreniespektrum: Diagnosen in Übergangsbereichen zur Normalität oder zu affektiven Erkrankungen

Um der kontinuierlichen Verteilung der wichtigsten Syndrome von Schizophrenie auf der Ebene kategorialen Diagnostizierens gerecht zu werden, sind in den internationalen Klassifikationssystemen Zwischendiagnosen zwischen Schizophrenie und affektiven Psychosen und im Übergang zwischen Psychose und Normalität eingeführt worden (s. Kursivdruck in Tab. 3). Sie erlauben eine allerdings unbefriedigende kategoriale Gliederung der Übergangsbereiche.

Tabelle 3: ICD-10: F20-29: schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie F31.2 und F31.5: bipolare affektive Störungen[4]

ICD-10-Diagnosenummer	Diagnose	Erklärung
F20	Schizophrenie	Vollständig ausgebildete Form
<i>F21</i>	<i>Schizotype Störung</i>	<i>Schwächere oder unvollständige Form</i>
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	Begrenzt auf Wahndimension
<i>F23</i>	<i>Vorübergehende akute psychotische Störungen</i>	<i>Kurzfristige, meist folgenlose Form</i>
F24	Induzierte wahnhaftige Störung	Teilhabe an der Psychose eines Partners
<i>F25</i>	<i>Schizoaffektive Störungen</i>	<i>Zwischenform schizophren/ affektiv</i>
F28	Andere nichtorganische psychotische Störungen	Restkategorie

F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Restkategorie
F31.2	Manie mit psychotischen Symptomen	
F31.5	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	

Ein gutes Beispiel für Zwischenlösungen zwischen zwei Krankheitskategorien sind die schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25) (s. Tab. 3). Sie markieren das Zwischenfeld der Syndrome, die sich nicht ohne Zwang in die Kategorien Depression oder Manie mit psychotischen Symptomen oder Schizophrenie einordnen lassen (s. unser Fallbeispiel Laura in Abschnitt 2.2).

2.6 Die Entstehung des Krankheitskonstrukts Schizophrenie

Eine Krankheit, die sich nicht auf *eine* feststellbare Ursache zurückführen lässt, muss auf der Grundlage ihrer Symptome und ihres Verlaufs diagnostiziert werden. Das hat Kraepelin von Thomas Sydenham, einem der großen Ärzte und Medizinthoretiker des 17. Jahrhunderts, übernommen. Emil Kraepelin[5] hat auf der Grundlage von Veröffentlichungen und eigenen Beobachtungen die Dementia praecox beschrieben. Diese Diagnose umfasste jene Psychosen, die zu Defekt und Demenz führten. Der Züricher Psychiater Eugen Bleuler (1911) ersetzte sie durch die verlaufsneutrale Diagnose Schizophrenie, weil er auch günstige Ausgänge der Krankheit beobachtet hatte.[6] Dem stellte Kraepelin die affektiven Erkrankungen Melancholie (unipolare Depression) und manisch-depressives Irresein (bipolare Erkrankungen) mit der Annahme einer günstigen Prognose gegenüber. Dies war der Beginn einer Tradition, die mit Teilrevisionen bis heute in den internationalen psychiatrischen Klassifikationssystemen weiterlebt.

Ordnet man nur die schwersten Krankheitsverläufe der – «engen» – Diagnose Schizophrenie zu und schließt alle günstigeren Verläufe aus, dann hat man eine Geisteskrankheit vor Augen, die, wie Kraepelin fand, zu einer Art von Demenz führt. Berücksichtigt man das gesamte Spektrum der Krankheitsverläufe in einer «weiten» Diagnose Schizophrenie (s. Abschnitt 2.3 und 5.1), dann ist, wie eingangs angesprochen, mit etwa 20% «Heilungen» nach einer ersten schizophrenen Psychose und mit einem Spektrum vielfältiger Verlaufsformen bis

zur Entwicklung ernsthafter Behinderungen zu rechnen.

* Namen und für das Verständnis der Krankheit wesentliche Fakten sind verändert, um eine Identifikation der Personen unmöglich zu machen.

3. Die «Behandlung» schizophrener Erkrankter in der Vergangenheit

Vor der Entdeckung antipsychotisch wirksamer Psychopharmaka und der Einführung ökonomischer, bei Schizophrenie wirksamer Psychotherapieverfahren nach der Mitte des 20. Jahrhunderts gab es keinerlei aussichtsreiche Behandlung für schizophrene Erkrankte. Da den Kranken teils aus karitativen Gründen, teils zur Entlastung der Familien, teils zum Schutz der öffentlichen Ordnung in christlichen Staaten Unterkunft und Verpflegung gewährt werden musste, entstanden vom 15. Jahrhundert an meist bei Klöstern und in reichen Städten einige Irrenhäuser in Europa.[7] Mit dem Wegsperrsystem, das im 18. und 19. Jahrhundert das Sozialwesen bestimmte, kam es zur Errichtung zahlreicher geschlossener Arbeits- und Zuchthäuser. Dort wurden Geisteskranke zusammen mit einer Vielzahl anderer fürsorgebedürftiger Personen, etwa körperlich Kranken, Gebrechlichen und Krüppeln, Waisenkindern, gealterten Prostituierten und Kleinkriminellen, in der Regel unvorstellbar dürftig untergebracht.

Am Unterbringungskomfort änderte sich selbst dann nicht viel, als es zur Entflechtung der Arbeits- und Zuchthäuser in Gestalt von Waisenhäusern, Gefängnissen, Krankenhäusern und Irrenanstalten kam. Der durch die Industrialisierung verursachte soziale Wandel von der bäuerlichen Großfamilie zur städtischen Arbeiterfamilie ließ den Unterbringungsbedarf für pflegebedürftige Kranke noch einmal enorm ansteigen. Die Anzahl der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten, wie sie später hießen, stieg in einer Periode von etwas über 30 Jahren zwischen 1877 bzw. 1880 und 1913 um das 2,5-Fache, die Anzahl belegter psychiatrischer Anstaltsbetten um das Fünffache an. Die Mehrheit der in diesen Anstalten für viele Jahre geschlossen untergebrachten Kranken litt an Schizophrenie. Die Krankenhausstatistik Württembergs wies 1930 für Kranke, die erstmals wegen Schizophrenie in eine der dortigen psychiatrischen Anstalten aufgenommen worden waren, einen durchschnittlichen Aufenthalt von achteinhalb Jahren auf. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer schizophrener