

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SCHIZOPHRENE STÖRUNGEN

Psychisches Krankheitsbild, das in der Allgemeinheit wohl noch immer am meisten mit einer seelischen Störung bzw. der Psychiatrie verbunden wird, zumal früher am häufigsten in der Fachwelt beforscht, beschrieben und kontrovers diskutiert. Heute deutlich seltener, da andere seelische Leiden wie Depressionen, Angststörungen u. a. ungleich häufiger belasten.

Was besonders das ratlose Umfeld irritiert und mitunter die Ärzteschaft vor diagnostische und später therapeutische Probleme stellen kann, ist das vielschichtige Beschwerdebild, das besonders zu Beginn zu allgemeiner Ratlosigkeit und vielfältigen Erklärungs-Versuchen Anlass gibt. Das schlägt sich dann auch in vielfältigen wissenschaftlichen Erklärungsversuchen, Entstehungstheorien und Ursachen-Hypothesen auf mehreren psychosozialen, organischen und sogar psychodynamischen Ebenen nieder. Und in einer Vielzahl von Fachbegriffen, die kaum mehr überschaubar sind.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht in lexikalischer Form.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schizophrenie: historische und terminologische Aspekte – Schizophrenie-Symptomatik – Schizophrenie-Beschwerdebild – schizophrene Positiv-Symptome – formale Denkstörungen – Inkohärenz – inhaltliche Denkstörungen – Beziehungs-, Kontroll- und Verfolgungswahn – Halluzinationen – Trugwahrnehmungen – Sinnestäuschungen – Ich-Störungen – Gedanken-Eingebung – Gedanken-Entziehung – Gedanken-Ausbreitung – unangebrachte Gefühls-Reaktionen – Negativ-Symptomatik – schizophrene Apathie – schizophrene Affekt-Verflachung – schizophrene Anhedonie – schizophrenen Freud-

losigkeit – autistische Züge – schizophrener Rückzug – schizophrenes ungewöhnliches Verhalten – schizophrene Alogie – schizophren Ambivalenz – schizophrene stereotype Bewegungsmuster – schizophrene ritualisierte Bewegungsmuster – schizophrene bizarre Verhaltensweisen – schizophrene Mimik – schizophrene Sprache – schizophrene Gestik – schizophrene Neologismen – schizophrener Mutismus – schizophrener Befehls-Automatismus – schizophrene Echolalie – schizophrene Echopraxis – katatone Schizophrenie – katatone Erregung – katatoner Bewegungs-Sturm – katatoner Stupor – katatone seelisch-körperliche Erstarrung – Flexibilitas cerea – wächserner Biegsamkeit – schizophrene neuro-psychologische Symptome – schizophrener Krankheitsverlauf – schizophrenes Prodromal-Stadium – schizophrener Schub – schizophrenes Residuum – schizophrene Rest-Symptomatik – Ursachen schizophrener Störungen: psychiatrisch, psychoanalytisch, biochemisch, hirnanorganisch interpretiert – schizophrene hirnanorganische Entwicklungsdefizite – genetische (erb-bedingte) Ursachen – schizophrene Verlaufsformen – paranoid-halluzinatorische Schizophrenie – hebephrene Schizophrenie – Hebephrenie – Katatonie – Schizophrenia simplex – schizophrene Negativ-Symptome – undifferenzierte Schizophrenie – Schizophrenie nach ICD-10-Klassifikation – Schizophrenie nach DSM-5[®]-Klassifikation – paranoid-halluzinatorische Schizophrenie – schizophrenes Wahn-System – katatoner Sperrungszustand – katatoner Stupor – Mutismus – Bewegungs- und Haltungstereotypien – Negativismus – Katalepsie – Echolalie – Echopraxie – Echomimie – schizophrene Aggressions-Zustände – schizophrene Häufigkeit – Schizophrenie und Geschlecht – schizophrene Behandlungs-Möglichkeiten – schizo-afektive Störung – schizomanische Phasen – schizodepressive Phasen – schizoide Persönlichkeits-Eigenschaften – schizoid – schizothym – schizoide Persönlichkeitsstörung – schizophrenes Affekt-Syndrom – schizotype Störung – latente Schizophrenie – Borderline-Störung – Grenz-Schizophrenie – pseudo-neurotische Schizophrenie – pseudo-psychopathische Schizophrenie – schizophrene Demenz – schizophrener Defekt – schizophrene Erlebnis-Reaktion – atypische Schizophrenie – blande Schizophrenie – expansive Schizophrenie – gemischte Schizophrenie – kindliche Schizophrenie – latente Schizophrenie – periodische Schizophrenie – positive Schizophrenie – produktiv-psychotische Schizophrenie – pseudo-neurotische Schizophrenie – symptomatische Schizophrenie – traumatische Schizophrenie – verworrene Schizophrenie – zoenästhetische Schizophrenie – schizophrenie-ähnliche Psychose – schizophreniforme Psychose – Schizophrenie-Spektrum – schizophrene Psychose – u. a. m.

HISTORISCHE UND TERMINOLOGISCHE ASPEKTE

Vielschichtiges, schwer durchschaubares und damit allgemein irritierendes Leiden, das schon im Altertum beschrieben wurde. Und bis Mitte des 20. Jahr-

hunderts die wohl am häufigsten beforschte psychische Störung unter verschiedenen Namen blieb. Beispiele: Spaltungs-Irresein, Geisteskrankheit, später vor allem Psychose etc. Bis sich schließlich der auch international anerkannte Begriff *Schizophrenie* durchsetzte (vom Griech.: schizein = spalten, abspalten, verteilen, trennen sowie phren = Zwerchfell, wohin man früher die Seele im Allgemeinen und den Verstand im Speziellen lokalisierte).

Heute dominieren u. a. die Begriffe „schizophrene Störungen“ oder das „Schizophrenie-Spektrum“.

Kontrovers diskutiert werden dabei auch die nach und nach von verschiedener Seite vorgeschlagenen Unterformen. Beispiele: Hebephrenie, Katatonie und paranoide Schizophrenie sowie Schizophrenia simplex. Einzelheiten siehe später sowie die aktuelle Literatur (z. B. Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 bzw. demnächst 11 der Weltgesundheitsorganisation - WHO sowie Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung - APA).

BESCHWERDEBILD

Weitgehend gleich belastend über die Jahrhunderte hinweg ist und bleibt aber die Symptomatik, das Beschwerdebild, wenngleich mit vor allem individuellen und sogar zeit-abhängigen Leidens-Schwerpunkten. Im Einzelnen in Kurzform:

– Zu den so genannten Positiv-Symptomen (im Gegensatz zu den Negativ-Symptomen - s. u.) gehört beispielsweise als formale Denkstörung die Inkohärenz (Zerfahrenheit), bei der ein Gedankengang nicht durchgehalten werden kann, weil sich immer neue Themen aufdrängen.

Zu den inhaltlichen Denkstörungen zählt der Wahn, vor allem Beziehungs-, Kontroll- und Verfolgungswahn.

Häufig finden sich auch akustische Halluzinationen, d. h. Trugwahrnehmungen oder Sinnesstörungen. Und hier vor allem Stimmen, mitunter im Dialog, die nicht nur kommentieren, sondern auch befehlen können.

Besonders charakteristisch sind die Ich-Störungen, der Eindruck des „Gemachten“, das Gefühl, die eigenen Gedanken eingegeben oder entzogen zu bekommen oder gar die Gedanken-Ausbreitung (also allen zugänglich).

Typisch auch die inadäquaten Affekte, d. h. unangebrachte emotionale (Gefühls-)Reaktionen, z. B. Lachen bei trauriger Situation.

– Als Negativ-Symptomatik gilt vor allem die Apathie (Antriebslosigkeit) und damit entsprechende Defizite in Schule, Ausbildung, Beruf, aber auch privatem Umfeld. Ferner die Affekt-Verflachung, d. h. der Verlust gemütsmäßiger

Schwingungsfähigkeit und die Anhedonie, die Unfähigkeit ausgeprägtere Freude zu empfinden.

Seltener sind autistische Züge, also der Rückzug aus allen sozialen Bindungen und gesellschaftlichen Aktivitäten bis hin zu ungewöhnlichen Eigenheiten und eigenbrötlerischem Verhalten (in aktueller Form z. B. auffällig unproduktive oder skurrile Dauer-Aktivität am PC).

Störend auch die Alogie, die Unwilligkeit, sich auf längere Gespräche einzulassen. Oder die Ambivalenz, d. h. die mangelhafte Fähigkeit, sich zu entscheiden bis hin zur Abulie, der Unfähigkeit sich selbst im banalen Alltag zurechtzufinden.

An psychomotorischen (also seelisch geleiteten Bewegungs-)Symptomen fallen vor allem stereotype, ja ritualisierte Bewegungsmuster auf. Und zwar bis hin zu verschrobenern, ja bizarren Verhaltensweisen in Mimik, Sprache und Gestik.

Verwirrend auch die so genannten Neologismen (ungewöhnliche Wortneubildungen, meist aus anderen Worten zusammengezogen). Und zwischenmenschlich störend die Neigung zu unerklärlichen Verweigerungen, mitunter bis hin zum Mutismus (willentliches Verstummen). Irritierend auch der Befehls-Automatismus, also die abnorme Bereitschaft, scheinbar willenlos Befehlen (so genannte imperative Stimmen) nachzukommen, selbst wenn sie unbequem oder gar riskant bis gefährlich sind. Ähnliches gilt für die Echolalie bzw. Echopraxie, d. h. das Wiederholen der Reden und Handlungen anderer.

Die extremsten Bewegungs-Auffälligkeiten finden sich schließlich bei der katonen Erregung bis hin zum Bewegungs-Sturm sowie bei dem inzwischen eher selten gewordenen katatonen Stupor, der seelisch-körperlichen Erstarrung. Bei Letzterem irritiert vor allem, dass der Patient wie im Wachkoma wirkt: regungslos und nicht mehr ansprechbar, obwohl er alles registriert und auch später darüber zu berichten weiß.

Hier gelegentlich auch die *Flexibilitas cerea*, die wächserne Biegsamkeit der Glieder, die es - erstaunlich aber sinnlos - dann auch ermöglicht, in der ungewöhnlichsten bis unangenehmsten Stellung zu verharren, anscheinend mühe- und folgenlos.

– Das sind die augenscheinlichsten Symptome, die das nähere und sogar weitere Umfeld irritieren können. Zunehmend bedeutsam, wenngleich erst nach und nach erkennbar, die neuro-psychologischen Einschränkungen. Beispiele: Merk- und Konzentrationsstörungen, Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit länger auf etwas zu richten u. a.

Die Intelligenz erscheint im Allgemeinen nicht gemindert, was aber wohl eher für frühe Störungs-Stadien gilt. Denn später lassen sich im Verlauf der Krankheit schon Defizite im Abstraktions-Vermögen und in der Differenzierungs-Fähigkeit erkennen.

KRANKHEITSVERLAUF

Beim Krankheitsverlauf unterscheidet man ein Prodromal-(Vorläufer-)Stadium mit meist unspezifischen Symptomen, die zu manchem Leidensbild passen können (z. B. Konzentrations- und Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Angstzustände, sozialer Rückzug etc.). Erst später irritiert nach und nach die erwähnte Schizophrenie-Symptomatik in Schüben, bisweilen zeitlebens andauernd.

Nach einem akuten Schub droht nicht selten eine so genannte postpsychotische Depression, zumindest aber ein entsprechender Erschöpfungszustand. Wobei vor allem auf suizidale Krisen geachtet werden muss, die aber in jeder Phase möglich sind (Suizid als häufigste Todesursache bei Schizophrenie!).

Nicht selten das so genannte schizophrene Residuum, also eine verbleibende Rest-Symptomatik mit unterschiedlichen Schwerpunkten, zumeist psychosozial. Beispiele: kaum mehr auffällige psychotische Symptome (s. o.), eher gemütsmäßige Verflachung, Antriebslosigkeit, verminderte soziale Aktivität, Sprachverarmung und ggf. Vernachlässigung der Körperpflege bis hin zu drohender Verwahrlosung.

URSACHEN SCHIZOPHRENER STÖRUNGEN

Ätiologisch (ursächlich) gibt es zahlreiche Erklärungsansätze. Früher rein psychiatrisch, später psychoanalytisch, in letzter Zeit vermehrt biochemisch und hirnganisch. Beispiele: Entwicklungsdefizite und entsprechende Beeinträchtigungen im Stirnlappen des Gehirns bzw. neurohormonelle Botenstoff-Defizite im Dopamin-Stoffwechsel.

Diskutiert werden aber auch genetische (erb-bedingte) Ursachen, Schädigungen während Schwangerschaft oder Geburt durch Grippe und andere infektiöse Erkrankungen der Schwangeren, Geburts-Komplikationen usf.

Eine einheitliche und vor allem allseits akzeptierte Ursache steht noch aus, ist und bleibt aber wahrscheinlich ein mehrschichtiges Phänomen.

VERLAUFSFORMEN

Auch bei den erwähnten schizophrenen Verlaufsformen gibt es neue klassifikatorische Vorschläge, doch dominieren noch immer die bisher gängigen Subtypen. Beispiele (ausführlicherer s. später):

- Paranoid-halluzinatorische Form mit Wahnvorstellungen, Ich-Störungen und besonders akustischen Halluzinationen etc.
- Ferner die hebephrene Form mit frühen Auffälligkeiten (griech.: hebes = Jugend) mit affektiven (gemütsmäßigen) Veränderungen und Negativ-Symptomen wie Antriebslosigkeit, Affektverflachung u. a.
- Schließlich die eher selten gewordene katatone Schizophrenie mit ihren psychomotorischen Bewegungs-Symptomen bis hin zum katatonen Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung). Oder dem Gegenteil, einem katatonen Erregungs-Sturm mit ggf. ungewöhnlicher selbst- und fremd-gefährlicher Kraft-Entwicklung, wenn auch nur kurz.
- Schließlich die Schizophrenia simplex mit ausgeprägter Negativ-Symptomatik auf seelischer, geistiger und körperliche Ebene ohne vorhergehende psychotische Auffälligkeiten. Seltenes Zustandsbild mit schleichendem Verlauf und relativ uncharakteristischer Symptomatik: merkwürdiges, sonderlinghaftes Verhalten, mangelhafte soziale Leistungsfähigkeit, gemütsmäßige Verflachung, Antriebsverminderung, autistischer Unzugänglichkeit usw. Keine oder nicht erkennbare Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Umstrittene Diagnose, die heute kaum mehr gewählt wird.
- Zuletzt die so genannte undifferenzierte Schizophrenie, eine Art Rest-Kategorie, die sich sonst klassifikatorisch nirgends zuordnen lässt.
- Das gilt auch für einen fortdauernden Rest-Zustand, das schizophrene Residuum, was im leichteren Fall erträglich sein mag, im schwereren bis hin zum betreuten Wohnen oder gar Pflegeheim führt (nicht selten auch unter nicht mehr resozialisierbaren Obdachlosen zu finden).

Fazit: Früher dominierten diese Verlaufsformen die Psychiatrie in Forschung, Lehre und Alltag in Klinik und Praxis. Heute werden (fortlaufend?) neue(re) Theorien, Hypothesen und Lehrbuch-Vorschläge diskutiert. Das hat einerseits schul- bzw. klassifikations-bedingte Gründe. Andererseits spielen auch neue (nicht zuletzt biochemische) Erkenntnisse und durchaus auch nach wie vor zeit-typische Leidens-Schwerpunkte, zumindest aber Symptom-Variationen eine Rolle.

Neuere Klassifikations-Systeme (z. B. DSM-5[®]) geben entsprechende Kategorisierungen inzwischen zugunsten mehrerer Dimensionen auf, je nach Ausprägung des schizophrenen Beschwerdebildes. Damit schwinden diese kli-

nischen kategorialen Syndrome (Krankheits-Konstellationen), was aber das Phänomen nicht unbedingt überschaubarer macht.

DIE HÄUFIGSTEN SCHIZOPHRENEN VERLAUFSFORMEN

Unter den erwähnten schizophrenen Verlaufsformen, wie sie vor allem früher wissenschaftlich diskutiert wurden und noch immer am häufigsten im Praxisalltag diagnostiziert werden, sind besonders paranoide Schizophrenie, Katatonie und Hebephrenie zu erwähnen. Nachfolgend noch einmal eine kurz gefasste Übersicht, wie sie in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur zwar kaum mehr beschrieben, als Krankheits-Phänomen zur Diagnose und Therapie im Alltag von Klinik und Praxis aber weiterhin genutzt wird. Im Einzelnen:

- **Paranoide (mitunter paranoid-halluzinatorische) Schizophrenie:** vor allem mit Verfolgungs- und/oder Beeinträchtigungs-Ideen im Rahmen eines Wahn-Systems. Stichworte: Verfolgungs-, Größen-, Liebes-, Eifersuchts-, Vergiftungs-, Bedrohungs-, Abstammungs-, Versündigungs- u. a. Wahn bzw. krankhafte Überzeugungs-Inhalte. Die Reaktion bzw. Folgen sind entsprechend, was vor allem deshalb oft irritiert, weil ansonsten intellektuelle Fähigkeiten und zwischenmenschliche Kontaktfähigkeit weniger beeinträchtigt scheinen. Will heißen: sozial weitgehend integriert, aber wahnhaft gesteuert, was das Umfeld erst einmal an reale Benachteiligungen oder Bedrohungen denken lässt, bis man schließlich zu zweifeln beginnt. Und dies noch immer als häufigste aller Schizophrenie-Formen.
- **Katatonie:** ungewöhnliches Krankheitsbild, das vor allem durch Störungen der Bewegungsabläufe, insbesondere der Willkür-Bewegung charakterisiert ist. Extrem-Beispiele:
 - Katatoner Sperrungszustand (katatoner Stupor = seelisch-körperliche Blockierung) und/oder Mutismus (Sprachlosigkeit), Bewegungs- und Haltungs-Stereotypien über längere Zeit und in gleicher Weise, Negativismus (Verweigerung oder das Gegenteil tun), Katalepsie (übermäßiges Verharren in einer, wenn auch noch so unbequemen Körperhaltung), wächserner Biegsamkeit der Gelenke, mitunter Echolalie, Echopraxie sowie Echomimie (also Sprach-, Handlungs- und Mimik-Nachahmungen anderer) etc. Außerdem Sinnestäuschungen, Gefühls- und Denkstörungen.
 - Katatoner Erregungszustand mit sinnlosem, kräfte-zehrendem Umsich-Schlagen, aber auch brutalen Selbstverstümmelungen bis hin zu Selbsttötungsversuchen. Hauptsächlich bei Schizophrenie (katatone Schizophrenie), aber früher auch bei nicht erkannten bzw. behandelbaren Infektionen, Hirntumoren, Stoffwechselstörungen u. a. möglich.

- **Hebephrenie:** vor allem jugendliche Form der Schizophrenie mit meist schleichendem Beginn während der Pubertät. Auffallend heitere bis läppische Gemütsstimmung und entsprechendes Verhalten. Beispiele: flache, unpassende Stimmung, unrealistisch zufrieden, selbstversunken, scheinbar unbegründetes Minenspiel, z. B. grimassierend, ungeordnetes Denken, weitschweifige oder zerfahrene Sprache und andere Sonderlichkeiten. Dafür selten oder nur flüchtig Wahnvorstellungen und Halluzinationen, eher manierierte (gekünstelt wirkende) Verhaltensauffälligkeiten.

Rasche Entwicklung einer so genannten Minus-Symptomatik, d. h. Antriebs- und Gefühlsverarmung, allgemeine Lustlosigkeit, Mangel an Körperpflege, schließlich Rückzugstendenzen bis zur gesellschaftlichen Abkapselung und damit Isolationsgefahr etc.

HÄUFIGKEIT, GESCHLECHT UND KRANKHEITS-ENTWICKLUNG

Die so genannte Lebenszeit-Prävalenz liegt zwischen 0,3 bis 1,0 %, je nach Studie. Damit gehören die schizophrenen Störungen zu den eher seltenen Erkrankungen, beispielsweise inzwischen gemessen an Depressionen (mehr als jeder Zehnte?) oder inzwischen auch Angststörungen (offenbar noch häufiger).

Frauen und Männer sind etwa gleich oft betroffen (Letztere prognostisch ungünstiger?).

Bisweilen bleibt es bei einem einzigen schizophrenen Schub. Meist jedoch mehrere und ohne gezielte Therapie oder zuverlässige Einnahme der verordneten Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Arzneimittel) mit hoher Rückfallgefahr, besonders nach eigenmächtigem Absetzen der Medikamente.

Je länger diese ungünstige Situation, desto größer das Risiko einer dauerhaft behindernden Minus-Symptomatik im schizophrenen Residuum (etwa jeder Vierte?).

BEHANDLUNG

Therapeutisch dominiert die Pharmakotherapie und hier insbesondere die antipsychotisch wirkenden hoch-, mittel- und niederpotenten Neuroleptika mit unterschiedlichem Wirkungs-Schwerpunkt. Ihnen ist - trotz aller möglichen Nachteile (s. u.) - eine weitgehende psychosoziale Stabilisierung aller jener schizophren Betroffenen zu verdanken, die auf dieses gesundheitliche Angebot zurückgreifen können, was weltweit noch immer nicht überall verfügbar ist.

Kontrovers diskutiert und unter Patienten nachvollziehbar nicht populär, aber letztlich durchaus effektiv: die Elektrokrampftherapie (EKT). Dies vor allem bei schwerer katatoner Erkrankung und ansonsten therapie-resistenten (erfolgslosen) Verläufen.

Medikamentös problematisch sind die ggf. möglichen Nebenwirkungen der vor allem hochpotenten Neuroleptika. Beispiele in Fachbegriffen: extrapyramental-motorische (Bewegungs-)Störungen, konkret u. U. Früh-Dyskinesien, Akathisie, Parkinsonoid und Spät-Dyskinesien. Oder allgemein-verständlich: Störungen im Bewegungsablauf, von der Mimik über die Sprache und Gestik bis zum Gang. Allerdings gibt es hier erhebliche Substanz-Unterschiede zu neueren pharmakologischen Entwicklungen mit weniger Nebenwirkungs-Risiken. Dafür belasten dann bei diesen Präparaten mehr Gewichtszunahme, Diabetes-Risiko und Fettstoffwechsel-Störungen.

Eine psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie ist als begleitende Maßnahme sinnvoll, als alleinige Behandlungs-Methode eher begrenzt wirksam. Dies gilt auch für die ansonsten effektiven verhaltenstherapeutischen Programme (am günstigsten noch in der Vor- und Nachphase der Erkrankung).

Bei schizo-affektiven Störungen (also schizophrene sowie depressive bzw. manische Symptome - s. später) wird je nach vorherrschendem Beschwerdebild behandelt. Beispiele: psychotische Krankheitszeichen = antipsychotisches Neuroleptikum; manische Symptome = ebenfalls und/oder Lithiumsalze bzw. antimanisch wirksame Antiepileptika. Bei depressiven Symptomen ein antidepressiv wirksames Medikament.

WEITERE SCHIZOPHRENIE-SYNDROME

Mehr oder weniger charakteristische schizophrene Syndrome (dann vor allem psychotisch genannt - s. später) können auch im Rahmen anderer Krankheitsbilder und vor allem Erkrankungs-Kombinationen vorkommen. Nachfolgend eine Auswahl der wichtigsten Syndrome (also entsprechender Symptom-Kombinationen):

- **Schizo-affektive Störung**

Begriffs-Kombination aus dem Griech.: schizein = abspalten und Lat.: affectus = Gemütslage.

Definition: Episodische (vorübergehende) Störung, bei der sowohl affektive (gemütsmäßige) als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheitsphase auftreten. Meist gleichzeitig oder höchstens durch einen überschaubaren Zeitraum getrennt.

Wissenschaftlich vielfach und kontrovers diskutiertes, in letzter Zeit jedoch vermehrt diagnostiziertes Krankheitsbild, dessen definitive und allseits akzeptierte Zuordnung wohl noch aussteht.

Beschwerdebild: Eindrucksvoll, wenngleich meist verwirrend. In der Regel im frühen Erwachsenenalter beginnend und eher beim weiblichen Geschlecht diagnostiziert:

In der schizo-manischen Phase dominieren gehobene Stimmung, vermehrtes Selbstbewusstsein, Antriebssteigerung, Ideenflucht, Größenideen, überhöhte Selbsteinschätzung, Verlust sozialer Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis etc. Gelegentlich aber auch Missstimmung, Gereiztheit, leichte Erregbarkeit und aggressive Neigungen, vor allem wenn noch Verfolgungsideen belasten.

Überwiegt die typischerweise klassische schizophrene Symptomatik, drohen auch Gedankeneingebung und -ausbreitung, die Vorstellung von fremden Mächten kontrolliert zu werden, wenn nicht gar Stimmenhören oder bizarre Wahnideen.

Während der schizo-depressiven Episoden finden sich neben schizophrenen Symptomen insbesondere Antriebs- und Interessenverlust, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Angststörungen u. a.

Gelegentlich irritieren auch gemischte schizo-affektive Störungen mit den gleichzeitigen oder rasch wechselnden Symptomen einer Schizophrenie oder manischen sowie depressiven Phase.

Schizomanische Phasen beginnen meist akut und auffällig, gehen aber innerhalb einiger Wochen wieder zurück. Schizo-depressive Episoden sind oft weniger ausgeprägt, dafür längerdauernd und mit offenbar ungünstigeren Heilungsaussichten. Chronische Verläufe im Sinne eines vor allem schizophrenen Residuums (Rest-Symptomatik) sind nicht selten.

Vom Beschwerdebild her beginnen schizo-affektive Episoden häufig deprimiert-ängstlich oder hochgestimmt bzw. missgestimmt-gereizt und erst später rasch zwischen wahnhaft-halluzinatorischen Symptomen wechselnd (vor allem bei schizo-manischen Episoden). Vorwiegend schizo-depressive Störungen verlaufen eher chronisch fortschreitend.

Die Therapie ist schwieriger als bei eindeutig schizophrenen und/oder manischen bzw. depressiven Verläufen. Die Behandlung richtet sich nach dem vorherrschenden Beschwerdebild. D. h. psychotische Symptome mit hochpotenten Neuroleptika, depressive mit Antidepressiva. Beim manischen Syndrom mit

Lithium und rückfall-vorbeugenden Antikonvulsiva (antiepileptisch und rückfall-vermindernd wirksame Medikamente).

Die Heilungsaussichten sind günstiger als bei Schizophrenie, aber weniger gut wie bei rein depressiven bzw. manischen Störungen. Eine Chronifizierung ist nicht selten, die Suizidgefahr deshalb besonders hoch (zwischen 10 und 20 %). Ungünstig sind schleichender Beginn, Fehlen eines auslösenden Ereignisses, vorherrschende schizophrene Symptome, ein Krankheitsverlauf ohne Symptomfreiheit zwischendurch sowie Schizophrenie als familiäre Belastung.

- **Schizoide Persönlichkeits-Eigenschaften**

Schizoid (vom Griech.: schizein = spalten, abspalten etc. sowie -ides = Wortteil mit der Bedeutung ähnlich sein, gleichen), will also heißen: der Schizophrenie ähnlich.

Das Beschwerdebild bezieht sich vor allem auf Persönlichkeits-Eigenschaften, die einer langjährigen Schizophrenie-Belastung entsprechen.

Beispiele: ungesellig, kühl, autistisch (in sich zurückgezogen), introvertiert (auf sich selbst zurückzogen), ungewöhnliche Denk- und Interpretations-Ansätze im Alltag, bis hin zu abstrakten Einschätzungen. Zwischenmenschlich wenig herzlich, distanziert, unbeeinflussbar bis unberechenbar.

Dabei werden innerseelisch starke Gemütsbewegungen trotz übermäßiger Empfindsamkeit nicht nach außen gelassen. Deshalb Rückzug aus dem Alltag bis zur Abkapselung, um sich zu „schützen“. Gelegentlich bei unlösbarer innerer Spannung Gefahr der Reizbarkeit und aggressive Durchbrüche.

Schizoide Eigenschaften finden sich in dezenter Form nicht so selten. Dann eher als „*schizothym*“ bezeichnet.

In ausgeprägter Intensität als *schizoide Persönlichkeitsstörung* diagnostiziert. D. h. tiefgreifendes Muster sozialer Distanziertheit und emotionaler Einschränkung im zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Bereich. Gleichgültig gegenüber Lob und Kritik, kein Interesse an engeren Beziehungen oder sexuellen Erfahrungen bis hin zur emotionalen Kälte. Folge: wenig Kontakte, keine Freunde, damit Isolationsgefahr (Einzelgänger, Sonderling).

- **Schizophrenes Affekt-Syndrom**

Fachbegriff, der weniger eine konkrete Krankheit oder Krankheitsform bezeichnet, eher die Gemütsverfassung (vom Lat.: affectus).

Meist zeitlich kurze, dabei aber intensive Gefühlsregungen, vielfältig, uneinheitlich. Allerdings gibt es kein spezifisches schizophrenes Affekt-Symptom. Letztlich ist so gut wie alles möglich: ratlos, unsicher, bekümmert, bedrückt, traurig, ängstlich, argwöhnisch, misstrauisch, missmutig (Fachbegriff: moros verstimmt), gereizt (dysphorisch), feindselig (hostil), abweisend, unzugänglich, leicht reizbar bis versteckt aggressiv etc.

Der Betroffene fühlt sich verloren, ausgesetzt, verzweifelt, ohnmächtig ausgeliefert. Aber auch ggf. das andere Extrem: in Ekstase, fasziniert, entrückt, versunken in Halluzinationen, besonders in traumartigen (oneiroiden) Bewusstseinszuständen. Breites Gefühls- und damit Verhaltens-Spektrum, d. h. Verzückung, Trauer, Verzweiflung, Clownerien, Abkapselung, maniertes, gespielteres Gehabe (als „hysterisch“ verkannt), ambivalent usw. Auch unruhig-erregte und aggressive Zustände, nicht selten bis zu spürbarer Angriffstendenz.

Manche wirken aber auch - vor allem für ein überraschtes und überfordertes Umfeld - wie abgestumpft, gleichgültig, unbeteiligt, gefühllos, verödet, verflacht. So genannte Negativ-Symptome, ggf. auch durch stationäre Dauerbetreuung (als Apathie-Syndrom bezeichnet).

Selten, aber eindrücklich: Parathymie und Paramimie, d. h. Gemütsäußerungen und Mimik nicht zur jeweiligen Situation passend, wenn nicht gar entgegengesetzt, z. B. Lachen bei Trauer etc.

- **Schizotype Störung**

Relativ neue Bezeichnung (vom Griech.: schizein = spalten, trennen und typos = mehrere Bedeutungen, z. B. Gestalt, Figur etc.). Bezeichnung für eine spezielle Persönlichkeitsstörung, die früher häufiger gebrauchte Krankheits- bzw. Symptom-Konstellationen ersetzen soll.

Beispiele: Latente, Borderline-, Grenz-, präpsychotische, prodromale, pseudo-neurotische, pseudo-psychopathische Schizophrenie bzw. latente schizophrene Reaktion, schizotype Persönlichkeitsstörung, Schizotypie u. a.

Beschwerdebild: Charakterisiert durch exzentrisches Verhalten und Anomalien des Denkens sowie der Stimmung, die schizophren anmuten, obgleich nie eindeutige bzw. charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind.

Kein beherrschendes oder typisches Merkmal, doch pflegen folgende Symptome häufiger aufzutreten: kalter und unnahbarer Affekt (Grundstimmung, Gemütslage). Oft mit Anhedonie (allgemeine Unfähigkeit, Freude zu empfinden) verbunden. Seltsames, ja exzentrisches Verhalten sowie eigentümliche Erscheinung. Wenig soziale Bindungen und Neigung zu allgemeinem Rückzug.

Beziehungs- und paranoide Ideen oder bizarre, phantastische Überzeugungen sowie autistisches Versunken-Sein (das aber nicht bis zur eigentlichen Wahnvorstellung reicht). Zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand, oft mit sexuellen oder aggressiven Inhalten.

Gelegentlich Körpergefühlsstörungen und Depersonalisations- oder Derealisations-Erlebnisse (ich bin nicht mehr ich bzw. alles so sonderbar um mich herum). Vages (unbestimmtes, unklares) Denken. Umständliche, gekünstelte und stereotype Sprechweise (jedoch ohne ausgeprägte Zerfahrenheit und ohne Danebenreden). Gelegentlich vorübergehende „quasi-psychotische Episoden“ mit intensiven illusionären Verkennungen (Wahrnehmungs-Verfälschungen), akustischen oder anderen Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und wahnähnlichen Ideen ohne nachvollziehbare Ursache.

Chronischer Verlauf mit unterschiedlicher Intensität, der im Allgemeinen für eine Persönlichkeitsstörung (früher Psychopathie genannt) spricht.

Therapie (falls überhaupt gewünscht) eher „begleitend“ bis verhaltenstherapeutisch orientiert, da Medikamente in der Regel abgelehnt werden.

WEITERE SCHIZOPHRENIE-BEGRIFFE BZW. -THEORIEN

Wer sich bis hierher durchgearbeitet hat, wird bestätigen: Die Schizophrenie(n), wie auch immer diagnostiziert und je nach wissenschaftlicher Strömung klassifiziert, sind ein verwirrendes Krankheitsbild. Und der Versuch wissenschaftlicher Konkretisierung auch. Das hängt allerdings nicht nur mit der jeweils dominierenden Klassifikation und deren Vertreter (früher entsprechende Autoritäten, später Schulen, inzwischen medizinische Gesellschaften, z. B. WHO oder APA), sondern auch mit der Komplexität des Krankheitsbildes zusammen, von der psychosozialen bis zur biochemischen Seite. Und so verwundert das fast unübersehbare Angebot nicht nur wegen ständig neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern auch Interpretationen. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu einigen Fach-Begriffen, wie sie sich noch gelegentlich im medizinischen und psychologischen Alltag finden:

Es beginnt mit der Allgemeinheit und einem Satz, den man noch immer gar nicht so selten hört. Gemeint ist: „Das ist doch schizophren“, selbst in den Medien geläufig. Soll dann heißen: zwiespältig, gegensätzlich, nicht nachvollziehbar, unsinnig, wenn nicht gar „hirnrissig“ u. ä. Mit anderen Worten: ein Krankheitsbegriff bzw. seelisches Leiden, das sogar umgangssprachlich ge- bzw. missbraucht wird.

Schizophrene Demenz: Verlust der geistigen Fähigkeiten und damit zur Alltagsbewältigung. In diesem Fall aber nur während der Krankheitsphase durch Denk- und andere Störungen mit psychosozialen Konsequenzen behindernd.

Schizophrener Defekt: Unwiederbringlicher Verlust früherer intellektueller und anderer Fähigkeiten nach einer Schizophrenie mit entsprechenden Symptomen. Beispiele: keine „typischen schizophrenen Auffälligkeiten“ mehr, dafür verstärkt Denk- und Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit bis zur Erschöpfung, nachlassende Ausdauer und Geduld, erhöhte Erregbarkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, organische Störungen (Appetit, Stuhlgang, Sexualität) u. a. Folge: Leistungseinbruch, Rückzug und Isolationsgefahr.

Schizophrene Erlebnisreaktion (je nach Autor mehrfach gebraucht bzw. definiert): seelisch-körperliche Reaktionen nach bedeutungsvollen persönlichen Erfahrungen oder Belastungen mit schizophrenen bzw. ähnlichen Symptomen.

Atypische Schizophrenie: Beschwerdebild und Verlauf einer schizophrenen Störung, jedoch nicht schizophrenie-typisch.

Blande Schizophrenie: milde verlaufende schizophrene Psychose.

Expansive Schizophrenie: paranoide (wahnhaft) Schizophrenie mit ausgeprägtem Größenwahn.

Gemischte Schizophrenie: mit sowohl positiven als auch negativen Symptomen (s. diese).

Kindliche Schizophrenie: erstmalig schon im Kindesalter auftretende Symptome mit Wahn, Halluzinationen, Gemütsverarmung, Kontaktmangel, stereotypem Denken und anderen Denkstörungen. Dadurch ggf. zunehmend bizarre Wesens- und Verhaltensänderungen, mitunter schwer abgrenzbar von pubertären Verhaltensstörungen. Ungünstige Prognose, vor allem bei schleichendem Beginn und ohne adäquate Therapie. Insgesamt sehr selten.

Latente Schizophrenie: schizophrene Erbanlage, die jedoch nicht oder noch nicht deutlich geworden ist bzw. lange verkannt wurde.

Periodische Schizophrenie: alternierender (wechselnder) Verlauf mit leichter Verwirrtheit, mangelhafter Orientierung und Denkstörungen beginnend, bisweilen durch Körperkrankheiten oder aufwühlende Erlebnisse ausgelöst.

Positive Schizophrenie: vor allem mit hartnäckigen Sinnestäuschungen (besonders hören, riechen oder fühlen), Verfolgungs-, Eifersuchts-, religiösem oder Größenwahn, formalen Denkstörungen wie unlogisches Denken bis zur Zerfahrenheit, bizarren Reaktionen etc.

Produktiv-psychotische Schizophrenie: insbesondere Sinnestäuschungen und Wahneinfälle.

Pseudo-neurotische Schizophrenie: „neurotische“ Persönlichkeitsstruktur mit kurzen psychotischen Episoden und damit entsprechendem Mischbild. Beispiele: Verstimmungen, Apathie, Negativismus, Zwangsgedanken, Hypochondrie, Wahn, ausufernde psychosomatische Beschwerden und stereotype Klagen darüber etc.

Symptomatische Schizophrenie: Erbanlage, die nicht zu einem Krankheits-Ausbruch geführt hätte, in diesem Fall aber durch äußere Schädigungen (z. B. Entzündungsvorgänge) ausgelöst wurde.

Traumatische Schizophrenie: Hirnschädigung, die zu einem Beschwerdebild führt, das der Schizophrenie ähnlich erscheint.

Verworrene Schizophrenie: schwere Sprach- oder Denkstörung bis hin zur Verworrenheit, während Wahn und Sinnestäuschungen eher selten sind.

Zoenästhetische Schizophrenie: besonders durch abnorme Leibgefühle belastet. Beispiele: Taubheits-, Steifigkeits- und Fremdheitsempfindungen, plötzliche Körperschwäche, ziehende oder kreisende „Wandergefühle“, Bewegungs-, Druck- und Zug-Gefühle im Körperinnern etc. Das Denken bleibt dagegen klar und folgerichtig.

Schizophrenie-ähnliche Psychose: häufig in Laienkreisen gebrauchter Begriff ohne fachliche Grundlage. Meist verwechselt mit schizoformer oder schizophreniformer Psychose (s. u.).

Schizophreniforme Psychose: der Schizophrenie ähnliche Psychose, aber nicht eindeutig zuordenbar. Ähnliche Symptomatik, vor allem Erregungs- und Hemmungszustände, Stimmenhören, Gedankeneingebung etc. Gute Rückbildungsneigung ohne unwiederbringlichen Verlust früherer Fähigkeiten. Mitunter auch benutzt als kurzzeitige Vergiftungs-Psychose nach entsprechendem Drogenkonsum (z. B. Haschisch, LSD, Kokain).

Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen. Nach DSM-5[®] eigene Gruppe psychischer Störungen mit folgenden Kriterien: Halluzinationen und Wahn, desorganisierte Sprache durch desorganisiertes Denken, desorganisiertes Verhalten mit Bewegungsstörungen (einschließlich Katatonie), Negativ-Symptome sowie als Hauptmerkmale Verfolgungs-, Beziehungs- sowie körperbezogener Wahn (s. u.).

Desorganisierter Typus schizophrener Störungen: Unterteilung nach dem DSM der APA. Hauptmerkmale sind desorganisierte Sprache und entsprechendes Verhalten sowie ein flacher, wenig schwingungsfähiger oder läppisch wirkender Affekt. – Desorganisierte Sprache: Sprachentgleisungen, Assoziations-(Verknüpfung)-Lockerungen, vom Danebenreden bis zum „Wortsalat“ etc. – Desorganisiertes Verhalten für sonderbar, läppisch-albern, plötzliches Schreiben und Fluchen, sonderbare Reaktionsmuster bis hin zum öffentlichen Ärger usw.

ANHANG: SCHIZOPHRENE PSYCHOSE

Der früher in Fachkreisen wohl häufigste Begriff, der auch in der Allgemeinheit verwendet wurde bzw. noch immer wird, lautet *schizophrene Psychose*. Was versteht man darunter?

Psychose (vom Griech.: psyche = Seele) ist ein Übergriff, bezeichnet also erst einmal generell eine Seelenkrankheit. Dies vor allem im deutschsprachigen Bereich. Konkreter schließlich auch als „Geisteskrankheit“, bei der die Beeinträchtigung ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und die Fähigkeit zu sehr gestört sind, um den üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen.

Dazwischen gab es aber schon früher immer wieder neue Definitions-Vorschläge, zumal damit auch andere Formen seelischer Krankheit bezeichnet wurden. Das betrifft sowohl Organ- oder Gehirn-Krankheiten (z. B. Schädel-Hirn-Traumata = exogene Psychose), als auch (noch) nicht körperlich nachweisbar (dann z. B. endogene, „von innen kommende“ Psychose). Sogar psychogene (rein seelisch ausgelöste) Psychosen wurden diskutiert, weshalb die heute ton-angebenden Klassifikationen ICD-10 und DSM-5[®] diesen Begriff meiden. Denn in der Tat: Kein psychiatrischer Fachbegriff dürfte so häufig und insbesondere je nach Autor so breit verwendet worden sein, wie die „Psychose(n)“.

Fazit: In älteren psychiatrischen Wörterbüchern dutzende Varianten, in neuen medizinischen Lexika eher selten und dann vor allem historisch erläutert. Ausnahmen noch immer im Sinne von *psychotisch* = Wahn, Halluzinationen oder zumindest stark gestörtes Denken.

LITERATUR (lexikalischer Schwerpunkt):

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5[®]. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2018

Haring, C., K. H. Leickert: **Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1968

Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart in 6 Bänden.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999 bis 2000

Margraf, J., Maier, W. (Hrsg.): **Pschyrembel – Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-Boston 2009

MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. Elsevier-Verlag Urban & Fischer, München 2006

MSD-Manual Handbuch Gesundheit. Mosaik-Verlag, München 2002

Müller, C. (Hrsg.): **Lexikon der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Peters, U. H.: **Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2017

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Verlag de Gruyter, Berlin-New York 2020

Städtler, Th.: **Lexikon der Psychologie.** Gröner-Verlag, Stuttgart 1998

WHO: **Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2002

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen.** ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2005

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen.** ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2006

WHO: **Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen mit Glossar und Diagnostischen Kriterien.** ICD-10: DCR-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2006

Wirtz, M. A.: **Dorsch – Lexikon der Psychologie.** Hogrefe-Verlag, Bern 2017

Sowie aus psychopathologischer Sicht

Payk, Th. R.: Pathopsychologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2002

Scharfetter, C.: Allgemeine Psychopathologie. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010