

# Psychotische und substanzinduzierte Störungen



Christian Fleischhaker

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

# Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



# Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

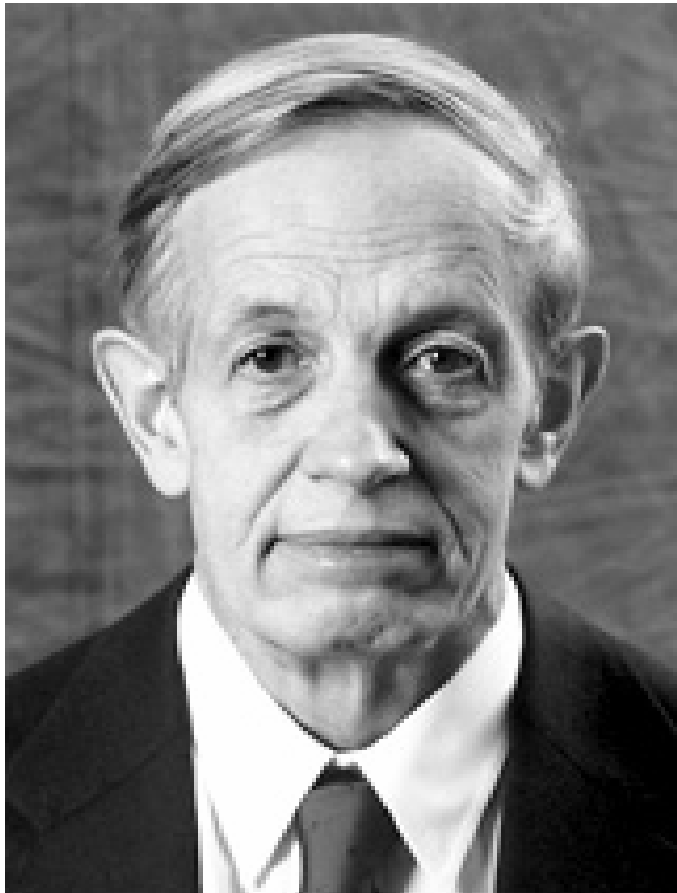
7. Schlussfolgerungen



## Louis Wain: Veränderungen bei fortschreitender Psychose



## John F. Nash



- Princeton University  
Princeton, NJ, USA
- Nobelpreis 1994
- Film: „A Beautiful Mind“ von  
2001 mit Russell Crowe und  
Jennifer Connelly

## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



## Klassifikation entsprechend der ICD-10

- F1x.5 Psychotische Störung unter/nach Substanzgebrauch
- F1x.7 verzögert auftretende psychotische Störung nach Substanzgebrauch
- **F20 Schizophrenie**
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhafte Störungen
- F23 akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 induzierte wahnhafte Störung
- F25 schizoaffektive Störungen
- F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen
- F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
- F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen



## Definition

Schizophrenie ist eine Störung von:

- ➔ Denken
- ➔ Fühlen und
- ➔ Wollen





## Störung des Denkens

- **Formale Denkstörungen:**  
Gedankenabreißen, Einschiebungen, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen
- **Inhaltliche Denkstörungen:**  
Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung, Gefühl des Gemachten, bezogen auf Körper- bewegungen oder Gedanken, Tätigkeiten oder Wahrnehmungen
- **Ich – Störungen:**  
Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- **Halluzinationen:**  
Kommentierende oder dialogische Stimmen, Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen, imperative Stimmen, Halluzinationen jeglicher Sinnesqualität
- **Bizarrer Wahn:**  
Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer bizarrer Wahn



## Störung des Fühlens

- Affektverflachung
- Inadäquater Affekt
- Verstimmungen, tiefste Traurigkeit, Verzweiflung, Suizidalität
- „Autistische Züge“



## Störung des Wollens

- Reduzierter Antrieb
- Anergia
- Sprachverarmung
- Sozialer Rückzug, verminderter sozialer Leistungsfähigkeit
- reduzierte Konzentration
- reduzierte Interessen
- reduziertes Durchhaltevermögen
- reduzierte Gedächtnisfunktionen



## ICD-10: Kern-Symptome (Gruppe I)

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, bezogen auf Körperbewegungen oder Gedanken, Tätigkeiten oder Wahrnehmungen.
- Kommentierende oder dialogische Stimmen, Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
- Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer bizarrer Wahn



## ICD-10: Kern-Symptome (Gruppe II)

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
- Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen (= Wortneubildungen) führt (formale Denkstörung).
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor.
- "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit.
- Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.



## Definition Schizophrenie entsprechend der ICD-10 [I.]

- Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppe I **oder**
- Mindestens 2 eindeutige Symptome der Gruppe II



Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein



## Untergruppen der Schizophrenie

- F20.0 paranoide Schizophrenie
- F20.1 hebephrene Schizophrenie
- F20.2 katatone Schizophrenie
- F20.3 undifferenzierte Schizophrenie
- F20.4 postschizophrene Depression
- F20.5 schizophrenes Residuum
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 sonstige Schizophrenie



## Differentialdiagnose [I.]

### Drogen:

- Halluzinogen (z.B. LSD, THC)
- Stimulanzien (z.B. Amphetamin)
- Anticholinergika (z.B. Alkaloide)





## Differentialdiagnose [II.]

### Psychiatrisch:

- Bipolare Störungen mit psychotischen Symptomen
- Major Depression mit psychotischen Symptomen
- Schizophreniforme Störungen
- Wahnhafte Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Zwangsstörungen



## Differentialdiagnose [III.]

### Medizinisch:

- Temporallappenepilepsie
- Tumor, Schlaganfall
- Endokrine/ metabolische Störungen
- Infektionen
- Toxische Erkrankungen (z.B. Schwermetallvergiftungen)



## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen

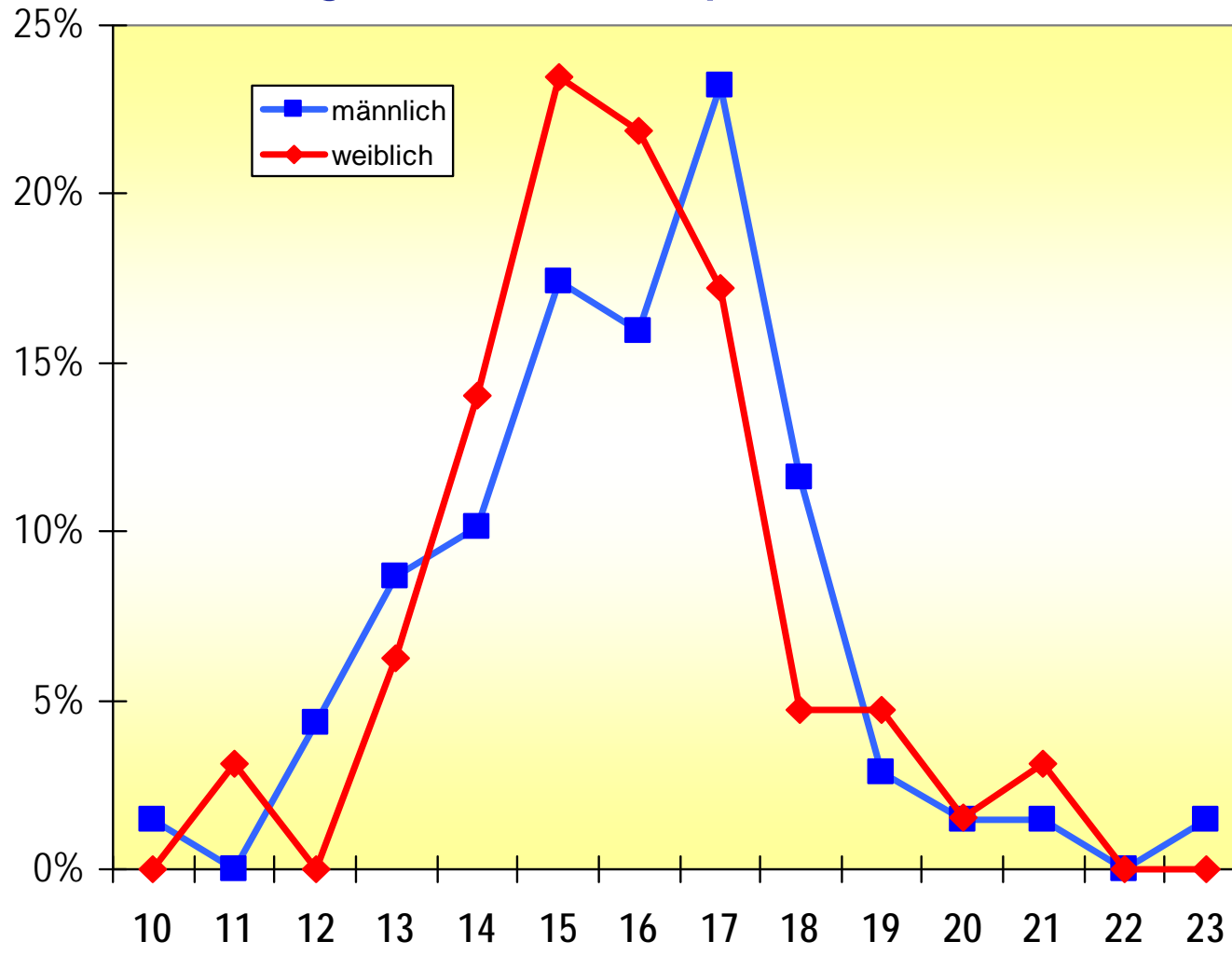


## Epidemiologie

- Das Risiko während des gesamten Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) beträgt ca. 0,5 bis 1 %
- Beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen
- Männer erkranken im Mittel etwas früher als Frauen
- Die Prävalenzrate ist weltweit relativ gleich (Störung erscheint weitgehend „kulturunabhängig“)
- Häufigstes Erkrankungsalter: spätes Jugendalter, frühes Erwachsenenalter
- Vor der Pubertät ist die Störung ausgesprochen selten



## Altersverteilung für erste stationäre Aufnahme wegen einer Schizophrenie (n = 133)



## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



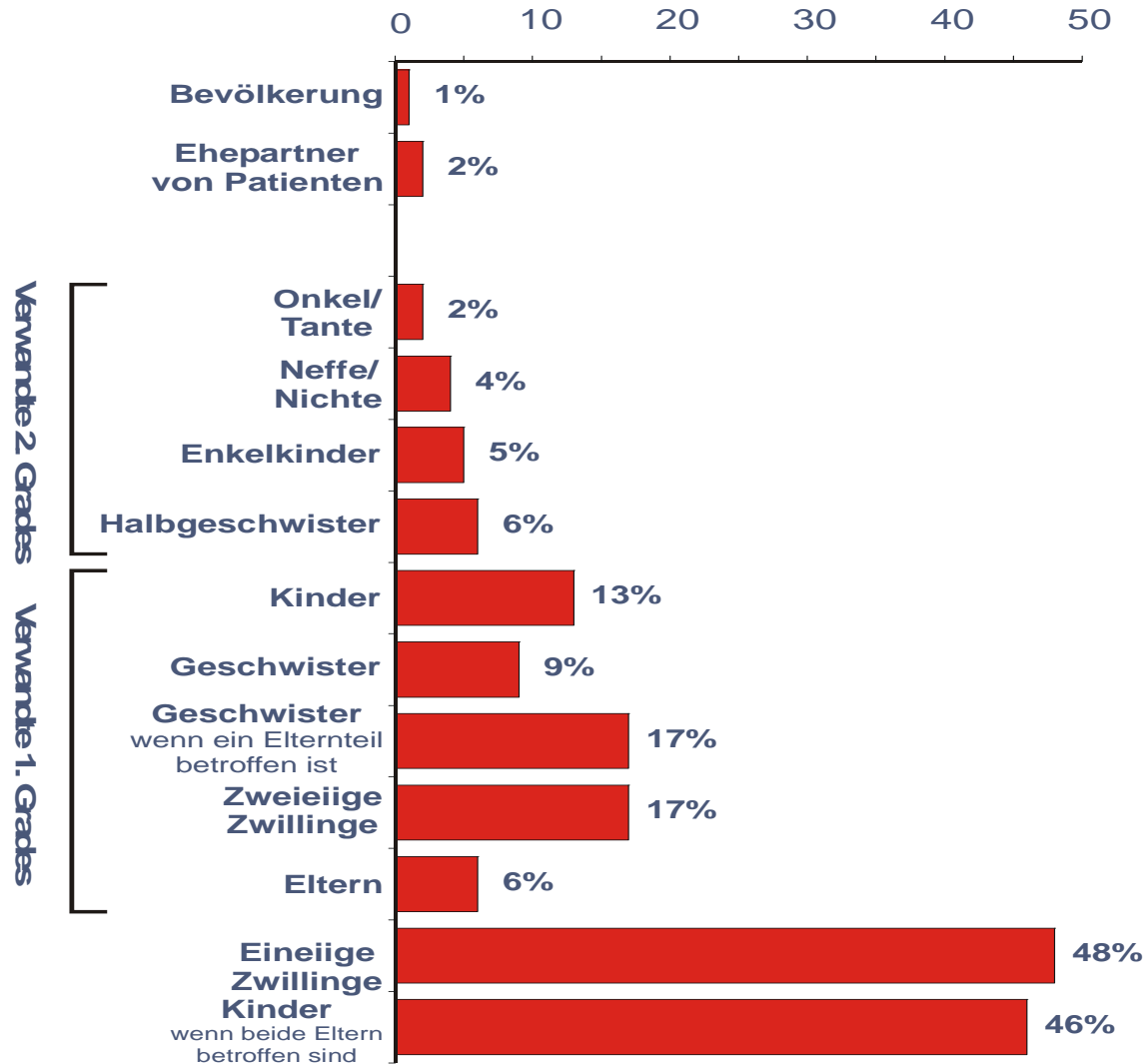
## Ätiologie [I.]

### Biologische Hypothesen:

- genetische Faktoren eindeutig belegt (Zwillingsstudien, Adoptionsstudien), aber sicher nicht allein ausschlaggebend
- neuroanatomische Befunde verweisen bei einem Teil der Patienten auf „strukturelle“ hirnorganische Veränderungen
- funktionelle Veränderungen im Hirnstoffwechsel und in der Informationsverarbeitung
- saisonale Abhängigkeit (bei Geburt im Winter/Frühjahr besteht ein relativ erhöhtes Risiko, an Schizophrenie zu erkranken); Zusammenhang mit Infektionen während der Schwangerschaft wird diskutiert

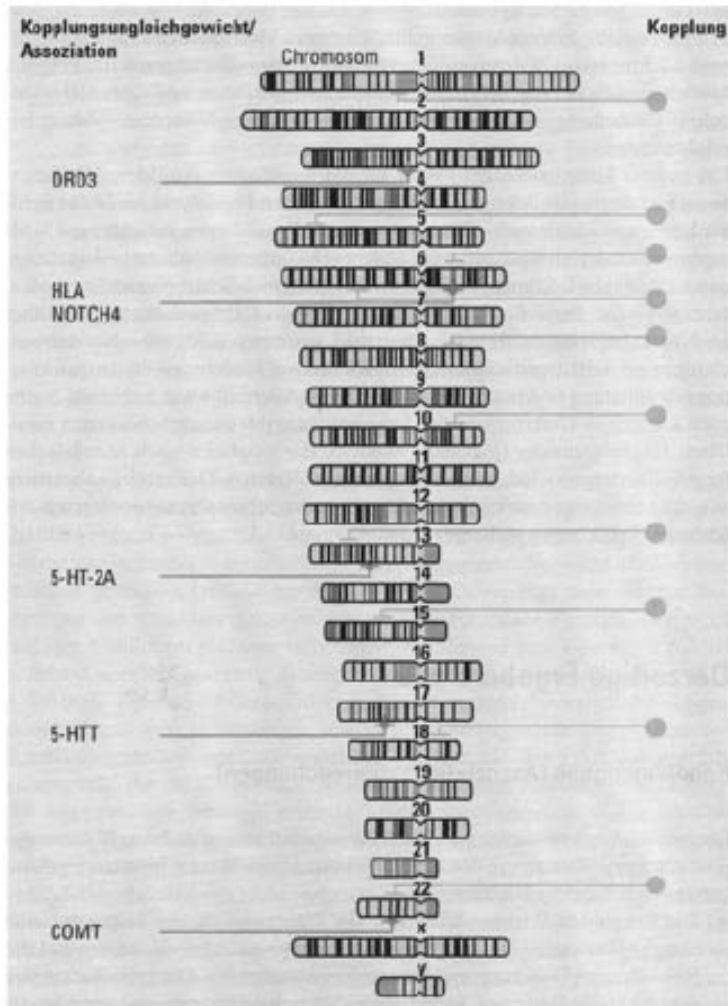


## Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie





## Genetische Befunde



### Kandidatengen:

- 5HT2a,
- 5HTT,
- ACE,
- GB3,
- GOLF,
- DRD2,
- DRD3,
- MAOA,
- BDNF,
- TPH2
- MDR1,
- Dysbindin,
- COMT,
- NOTCH4,
- Cytochrom  
P450-System,
- G72,
- DAAO,
- AKT1

(nach Maier et al. 2003)



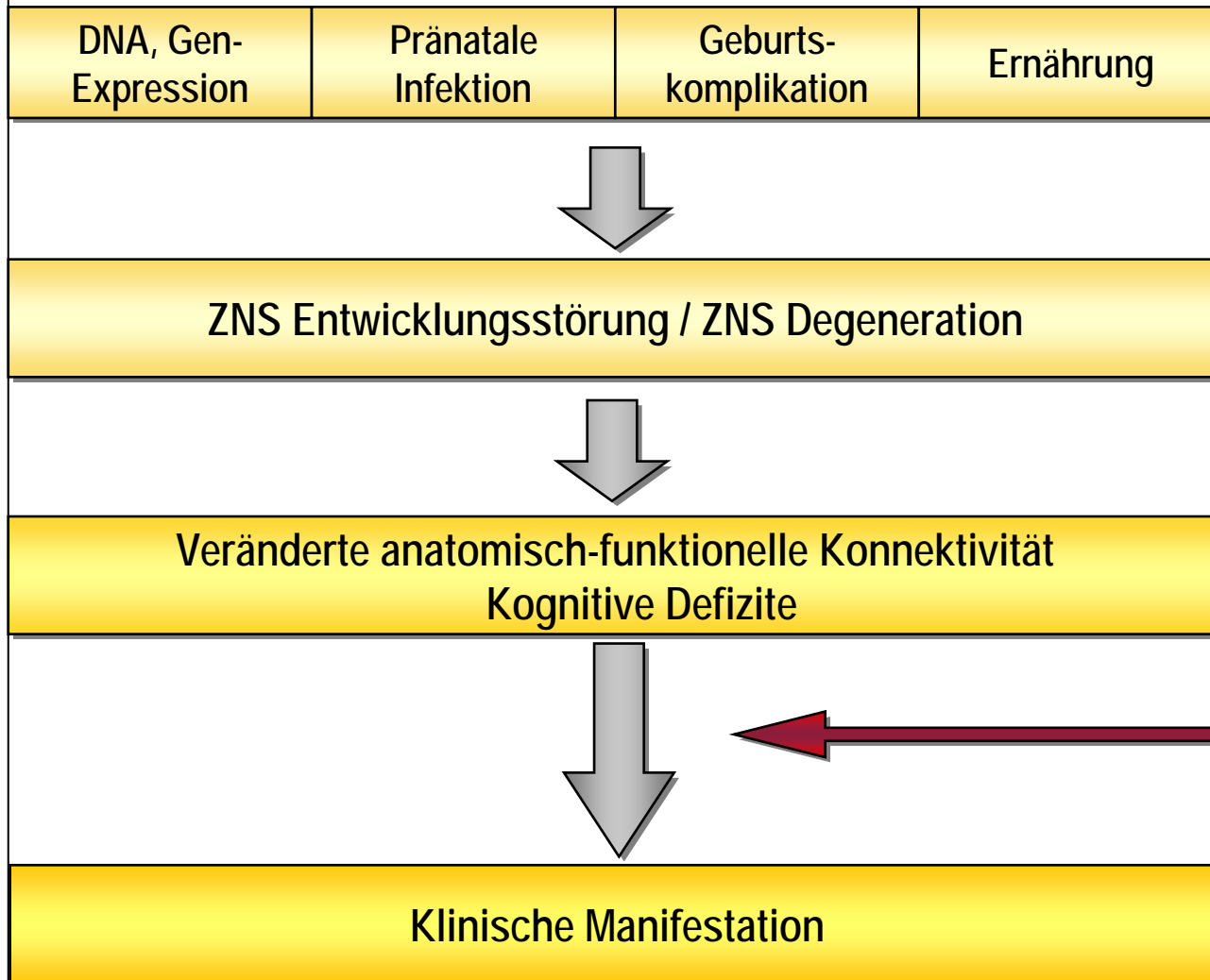
## Ätiologie [II.]

### Psychosoziale Hypothesen:

- **frühe soziale Interaktions-/ Bindungsstörung** („schizophrenogene Mutter“, double-bind-Theorie); diese Hypothesen gelten mittlerweile als widerlegt
- **Life-Events, soziale Schicht:**  
Entstehung der Hypothese aus der Tatsache heraus, dass sich schizophrene Erkrankungen häufiger in sozialen Randgebieten (Slums) und unter Immigrantengruppen finden lassen. Hypothese basiert auf der „Streßbelastung“ die durch solche Lebensumstände hervorgerufen wird. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass durch die Erkrankung selbst ein „Abgleiten in soziale Randschichten“ hervorgerufen wird. Heute wird dieser Hypothese nicht mehr sehr viel Gewicht beigemessen
- Die „Expressed-Emotions“-Forschung („EE“) konnte zeigen, daß durch bestimmte emotionale Faktoren im „Familienklima“ (u.a. Feindseligkeit, emotionales Überengagement) die Rückfallhäufigkeit zunimmt



## Arbeitsmodell zur Neurobiologie der Schizophrenie



**First Hit**

**Second Hit**

Stoffwechsel,  
Stress, Lebensereignis

(nach Andreasen 2000)

## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

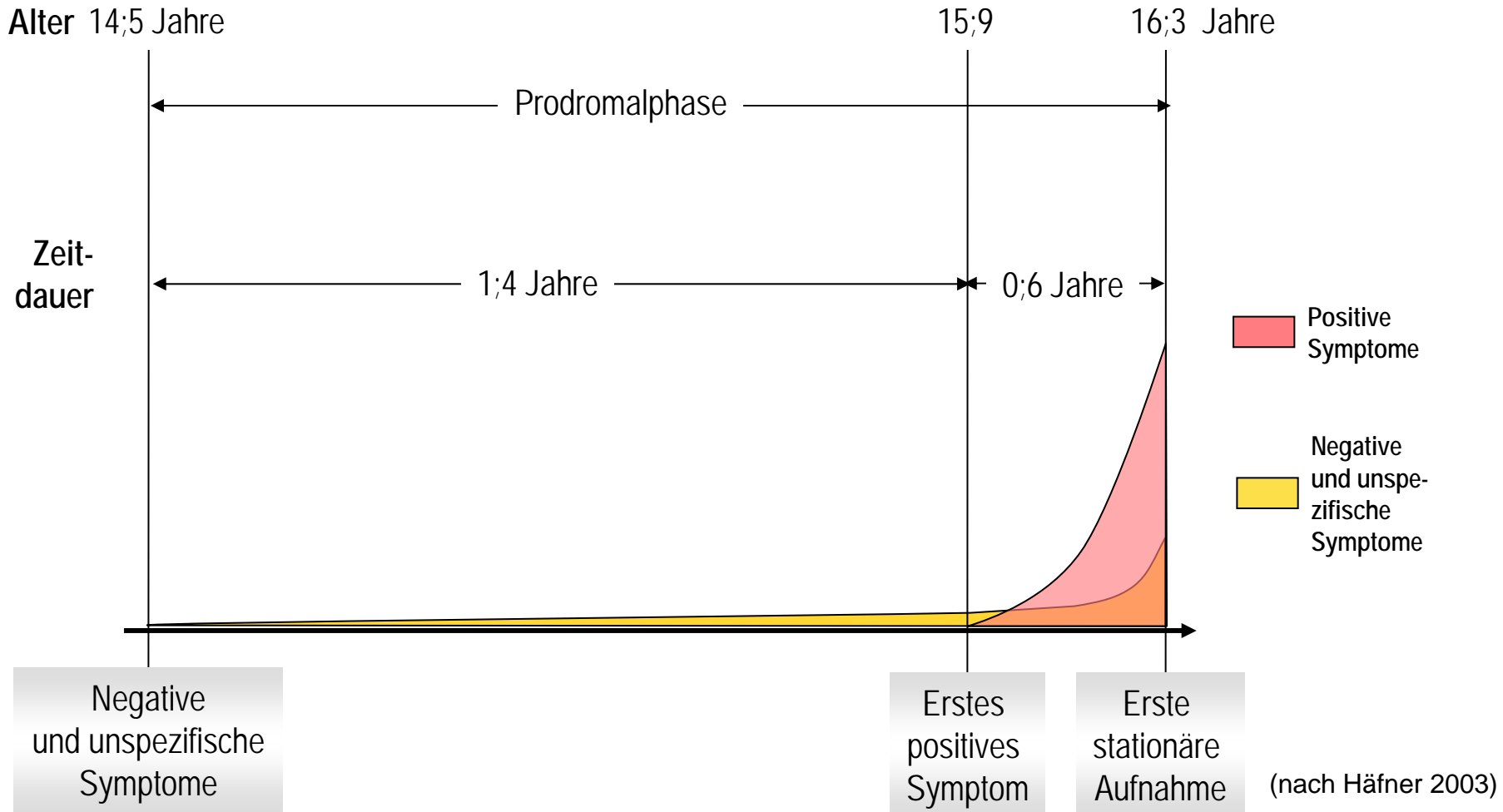
5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



## (Früher) Verlauf einer schizophrenen Psychose

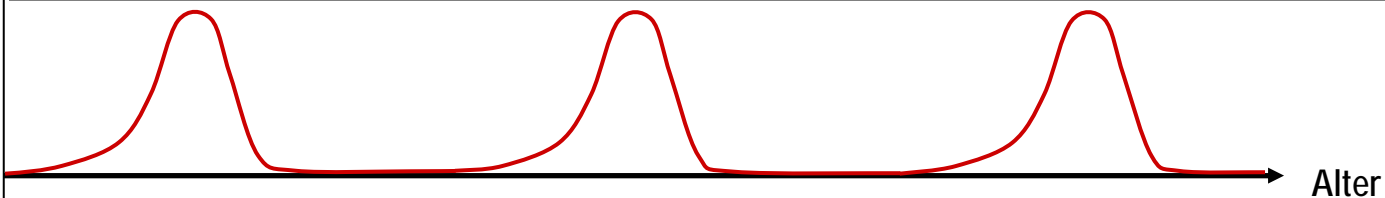


## Verlaufsformen schizophrener Erkrankungen

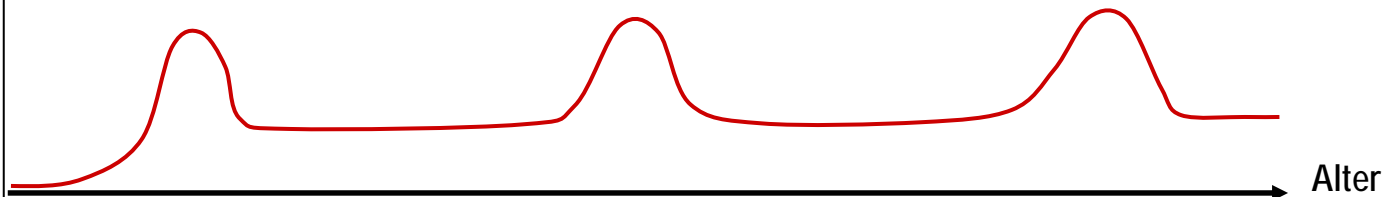
Einmalige Episode, danach keine soziale Beeinträchtigung (**vollständige Remission**)



Mehrere Episoden ohne Beeinträchtigung im Intervall (**episodisch remittierend**)



Soziale Beeinträchtigung nach der ersten Episode (**stabiles Residuum**)



## Verlauf

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über den Anteil der einzelnen Verlaufsformen und über den Ausgang der Erkrankung. Um 1900 wurde der Anteil der „schlechten“ Verläufe (dauerhaft in Kliniken untergebracht, nicht fähig zu Selbstverantwortung und Erwerbstätigkeit) mit über 80 % angegeben

(Heute) kann man etwa die folgenden Angaben machen:

- ca. 20 gute Prognose
- ca. 25 % dauerhaft schlechte Prognose  
(dauerhaft institutionalisiert oder dauerhafte mittelschwere bis schwere intellektuelle und soziale Beeinträchtigungen)
- ca. 55 % mittelgradige Prognose  
(zwischenzeitliche erneute stationäre Behandlungen, begrenzte Selbständigkeit, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit)



## Metaanalyse zum Verlauf schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter (bis 2004)

	Kinder [n <sub>ges</sub> = 56]		Jugendliche [n <sub>ges</sub> = 317]		Erwachsene ab 18 Jahre	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
gut / Vollremission	12	21	54	17		25
mässig / Teilremission	9	16	84	26		50
schlecht / Chronisch	35	63	179	57		25

Chi<sup>2</sup> p = 0.24



## Marburger 9-Jahres-Katamnese: Stichprobenrekrutierung

1.351 stationär behandelte Patienten



Verdachtsdiagnose 'Schizophrenie' bei Aufnahme: n = 154



Bei 53 Patienten konnte die Diagnose nicht bestätigt werden



Nachuntersuchung von 101 Kindern und Jugendlichen mit einer Schizophrenie



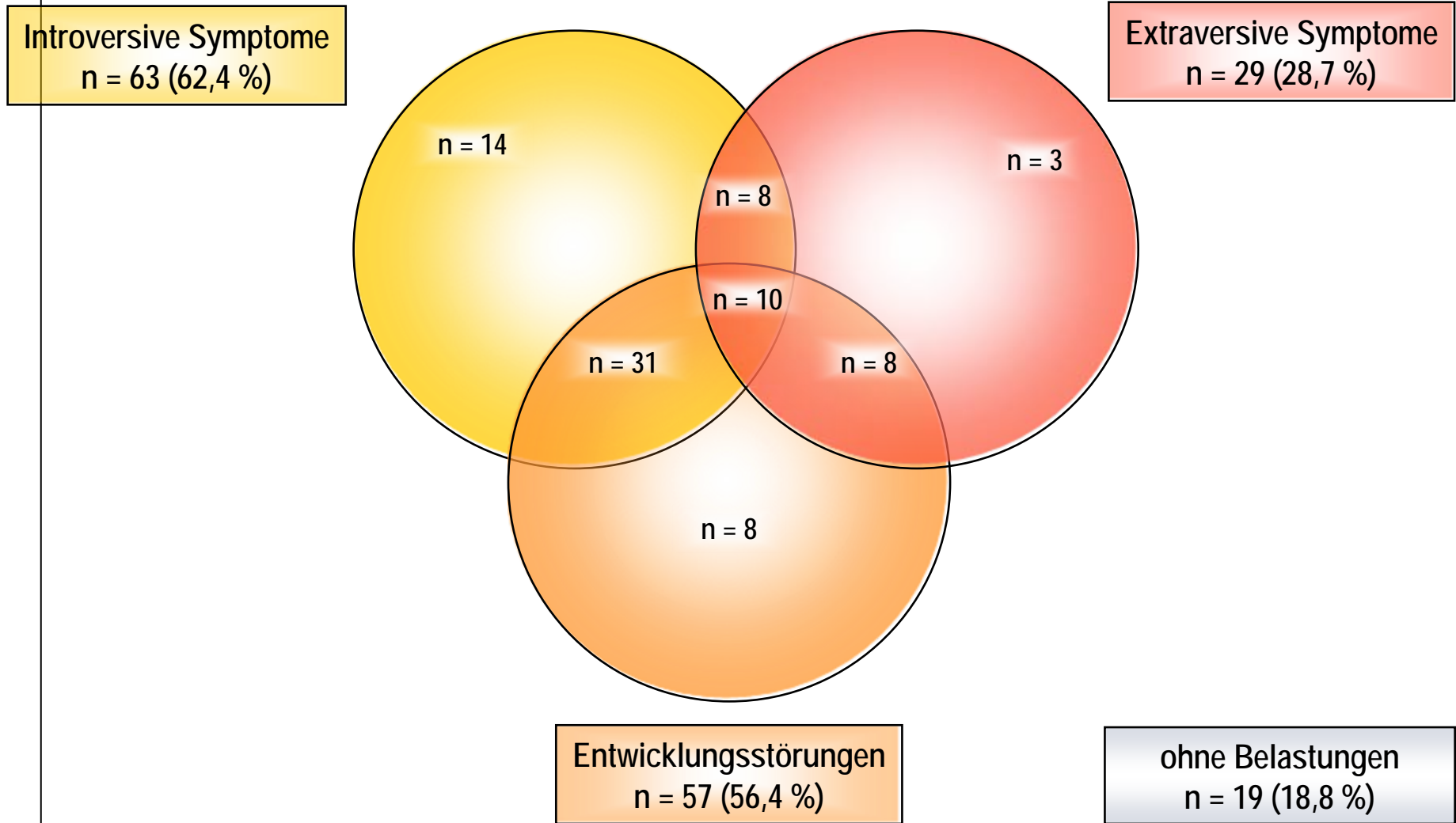
## Basisdaten

● Geschlecht	weiblich	n = 48	47,5 %
	männlich	n = 53	52,5 %

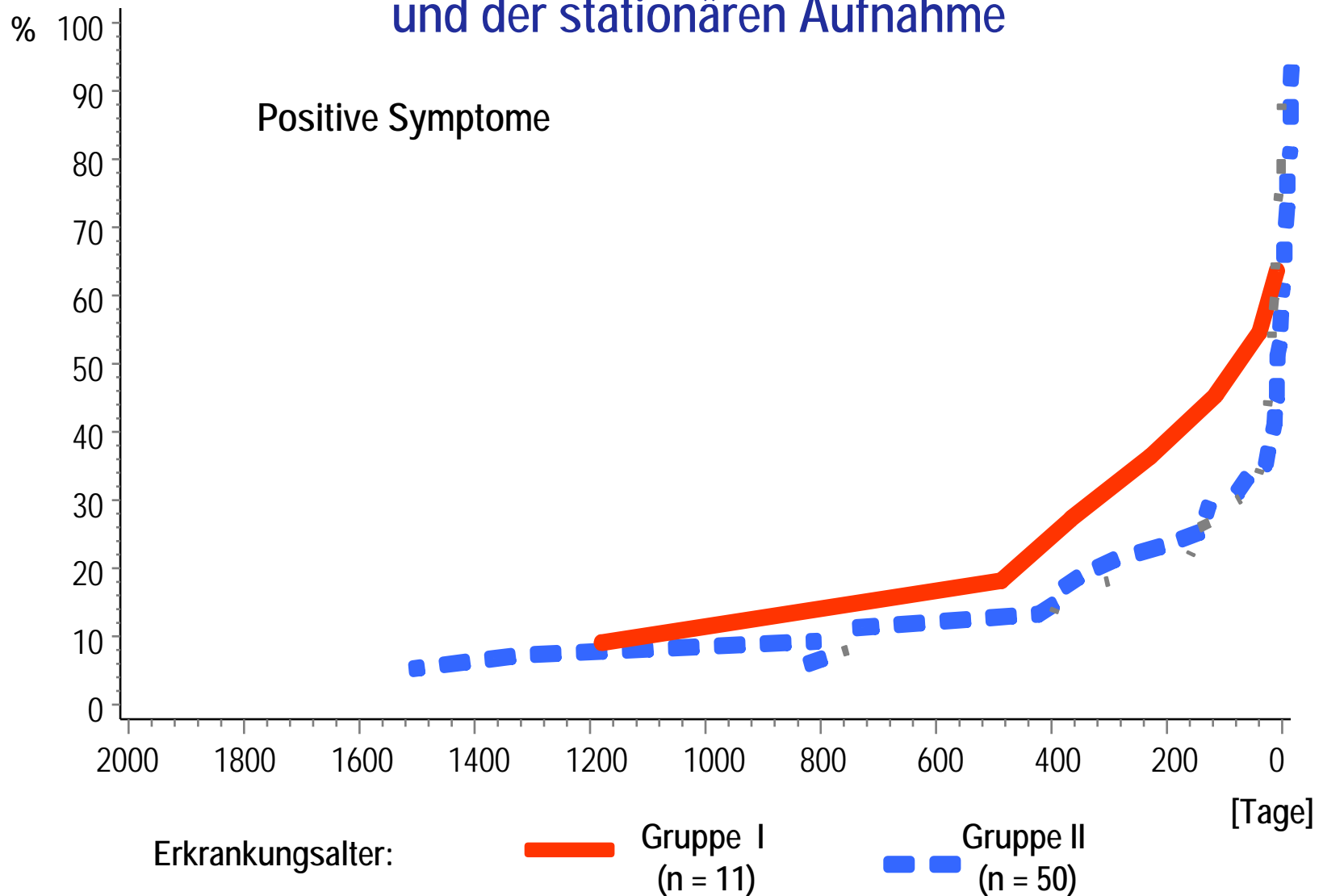
	Mittelwert [Jahre]	Std. [Jahre]	Spannweite [Jahre]
● Alter bei erster/n			
– psychischer Erkrankung	14,5	3,7	2 – 18
– schizophrenen Symptomen	15,9	2,2	10 – 18
– stationärer Aufnahme	16,5	2,1	11 – 18
● Alter bei Nachuntersuchung	26,0	2,8	18 – 34
● Dauer der Erkrankung	9,5	2,2	4 – 14
● Anzahl der stationären Behandlungen aufgrund einer Schizophrenie	3,9	2,6	1 – 13



## Belastung mit prämorbidem Symptomen



## Zeitspanne zwischen ersten Symptomen und der stationären Aufnahme

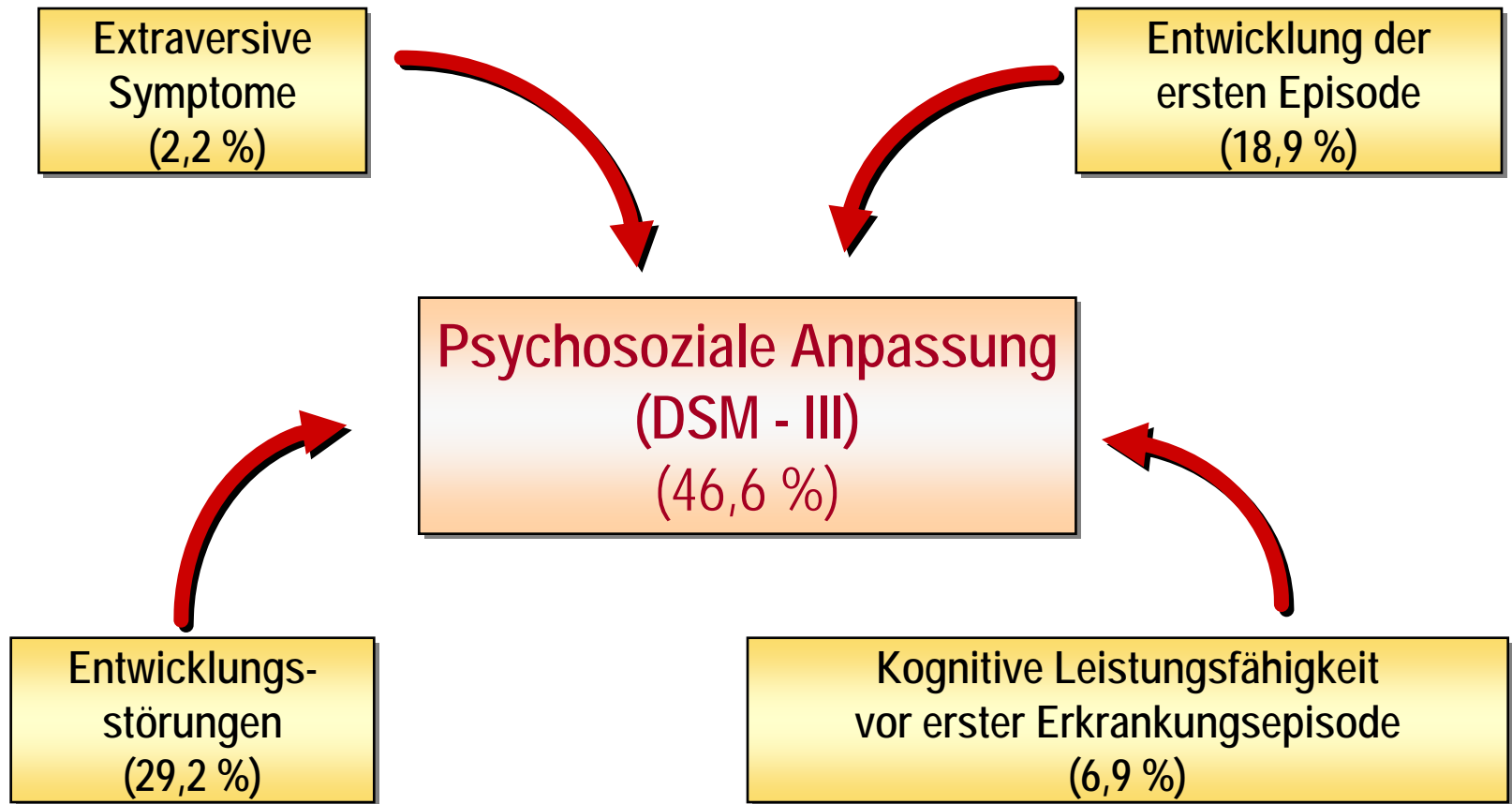


## Verlauf schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter: Vergleich zwischen Metaanalyse und Marburger Klinikskatamnese

	Marburger Klinikskatamnese [n = 81]		Metaanalyse [n <sub>ges</sub> = 236]	
	[n]	[%]	[n]	[%]
gut / Vollremission	16	20	38	16
mässig / Teilremission	31	38	53	23
schlecht / Chronisch	35	42	145	61

Chi-Quadrat:  $p = 0.009$

## Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und der psychosozialen Anpassung (multiple Regression)





Folgende schizophren erkrankte Kinder und Jugendliche haben ein besonders hohes Chronifizierungsrisiko:

- Prämorbide Belastungen
- Kognitive Beeinträchtigung vor Erkrankungsbeginn
- Chronischer Erkrankungsbeginn
- Lange Dauer der ersten Erkrankungsepisode
- Erkrankungsbeginn vor dem 10. Lebensjahr
- Familiäre Belastungen mit Psychosen



In welchen Bereichen gibt es Interventionsmöglichkeiten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, um den Verlauf schizophrener Psychosen zu optimieren?

 Dauer der ersten Erkrankungsepisode minimieren!

- Früherkennung und Frühintervention durch die Verfügbarkeit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer Spezialambulanzen.
- konsequente Behandlung der positiven, negativen und depressiven Symptomatik durch eine multimodale Behandlung unter Einschluß der Therapie mit atypischen Neuroleptika.
- langfristige Nachbetreuung der Patienten durch spezialisierte Einrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen, um Rückfälle soweit wie möglich zu vermeiden.





Ist das integrative Marburger Behandlungskonzept nach Remschmidt & Martin (stationäre Akutbehandlung + fakultative Rehabilitation in einer spezialisierten Rehaeinrichtung) für Psychosen im Kindes- und Jugendalter der Standardbehandlung überlegen?

Ja

- Der Vergleich der Katamnesedaten mit der Metaanalyse ergibt indirekte Hinweise für eine bessere Verlaufsprognose nach vorangegangener Rehabilitationsbehandlung.



## Schlussfolgerungen

Zur weiteren Verbesserung der Prognose schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter sind folgende Faktoren beeinflussbar:

- möglichst rasche und konsequente Behandlung positiver, negativer und depressiver Symptome, um die Dauer der Episode so kurz wie möglich zu halten
- Früherkennung und Frühintervention durch die Verfügbarkeit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer Spezialambulanzen.
- konsequente Behandlung der positiven, negativen und depressiven Symptomatik durch eine multimodale Behandlung unter Einschluss der Therapie mit atypischen Neuroleptika.
- langfristige Nachbetreuung der Patienten durch spezialisierte Einrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen, um Rückfälle soweit wie möglich zu vermeiden.



## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



## Therapie

- **am wichtigsten:** Behandlung mit „antipsychotischen“ Medikamenten (Neuroleptika) über mindestens 2 Jahre
- **stützende** und **verhaltenstherapeutisch** orientierte Psychotherapie + IPT (Integriertes Psychologische Therapieprogramm von Brenner et al. 2002) + Übungsprogramme für kognitive Funktionen (z.B. X-COG)
- **rehabilitative Maßnahmen** (Beschulung, Berufsausbildung, Wohngruppen) Fördermaßnahmen (soziale und kognitive Trainingsprogramme)
- **Psychoedukation** von Patienten und Angehörigen
- bei therapieresistenten Patienten wird auch die Elektrokrampftherapie eingesetzt (nicht im Kindes- und Jugendalter)



## Module zur psychotherapeutischen Behandlung von schizophren erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien

Verlaufsabschnitte	SETTING		
	Eltern ohne Patient	Eltern mit Patient	Patient (Einzel-/ Gruppentherapie)
<b>Focus:</b> Remission der Plus Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supportive Gespräche</li> <li>Information / Psychoedukation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Überschaubare Struktursetzung / Berechenbare Beziehungsangebote</li> <li>Realitätsvergewissernde Gesprächsführung</li> <li>Computergestütztes Kognitives Training</li> </ul>
<b>Focus:</b> Remission der Minus Symptomatik		<ul style="list-style-type: none"> <li>Familien-Interaktionsdiagnostik</li> <li>Familienbezogenes Kommunikationstraining</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kognitive Differenzierung und Soziale Wahrnehmung (IPT 1)</li> <li>Verbale Kommunikation und Soziale Fertigkeiten (IPT 2)</li> </ul>
<b>Focus:</b> Rezidivprophylaxe		<ul style="list-style-type: none"> <li>Familienbezogenes Problemlösen</li> <li>Bewältigungsorientierte Therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information / Psychoedukation</li> <li>Bewältigungsorientierte Therapie</li> </ul>

(Adaptiert nach Mattejat et al. 2003)



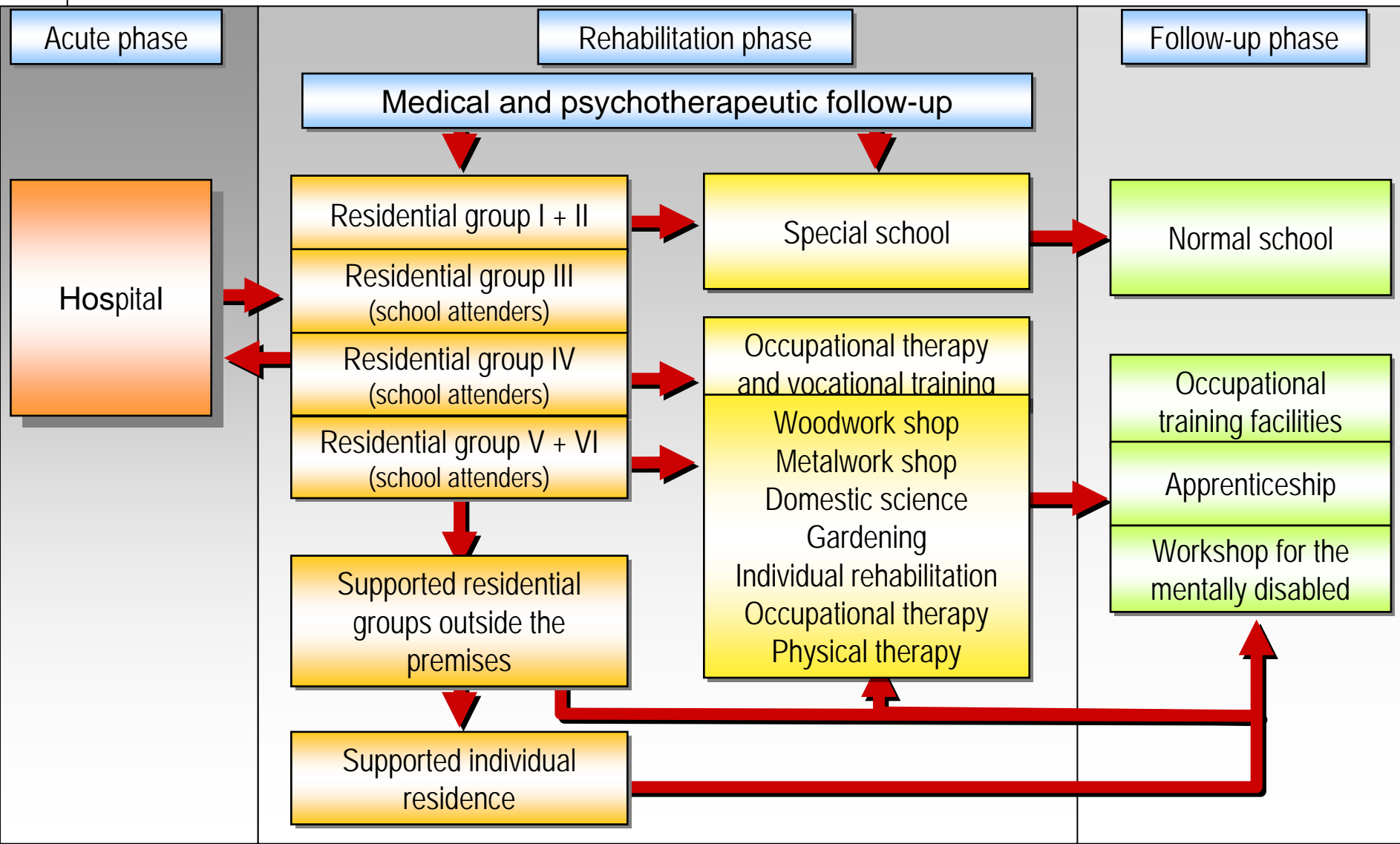


# LepperMühle

Kinder- und Jugendwohnheim

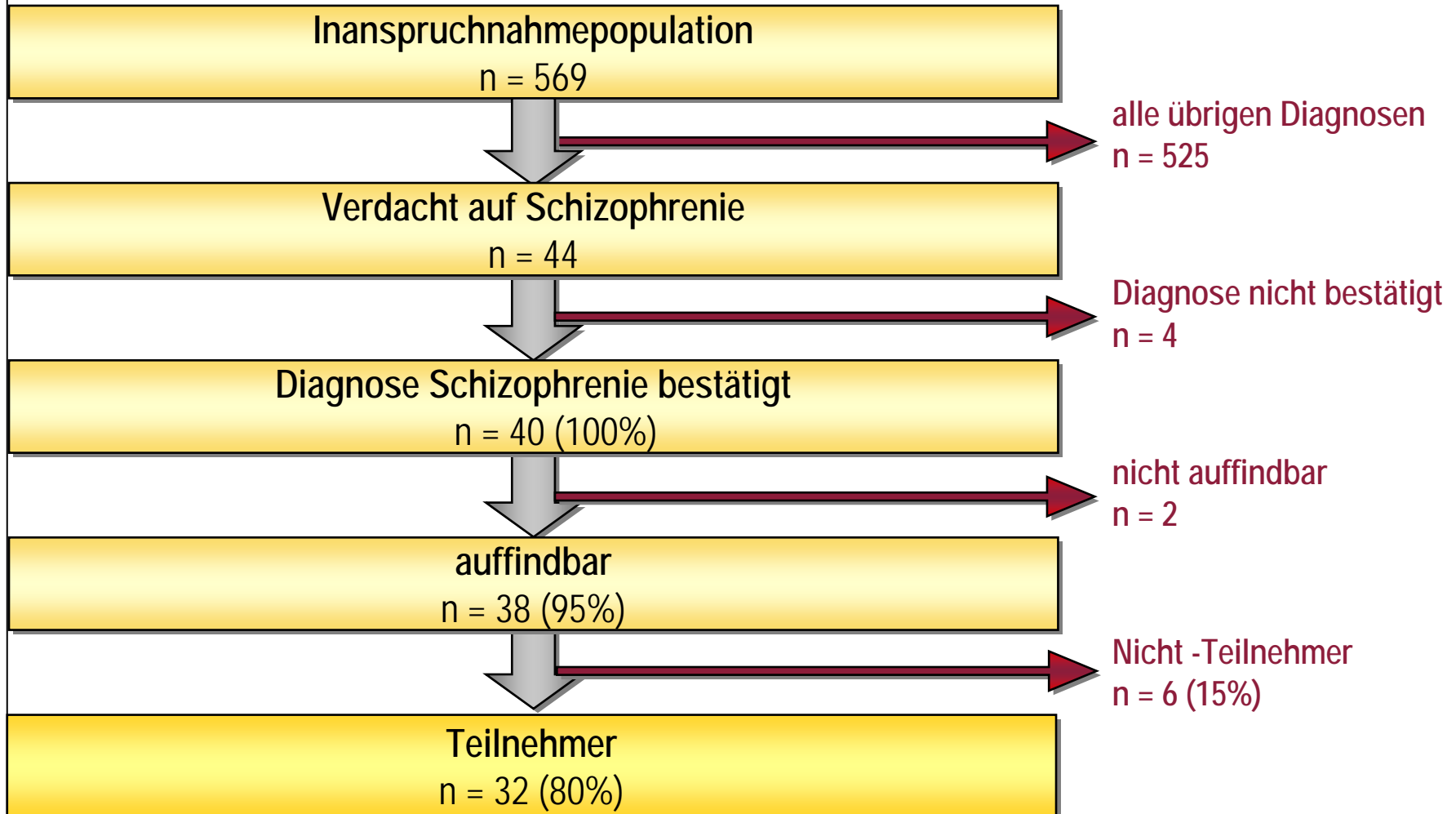


# Organization of a rehabilitation facility for children and adolescents with schizophrenia



# Freiburger 8-Jahres-Katamnese: Stichprobenrekrutierung

Christian Fleischhaker, Katharina Bilhmaier, Ulrike Wolf und Eberhard Schulz

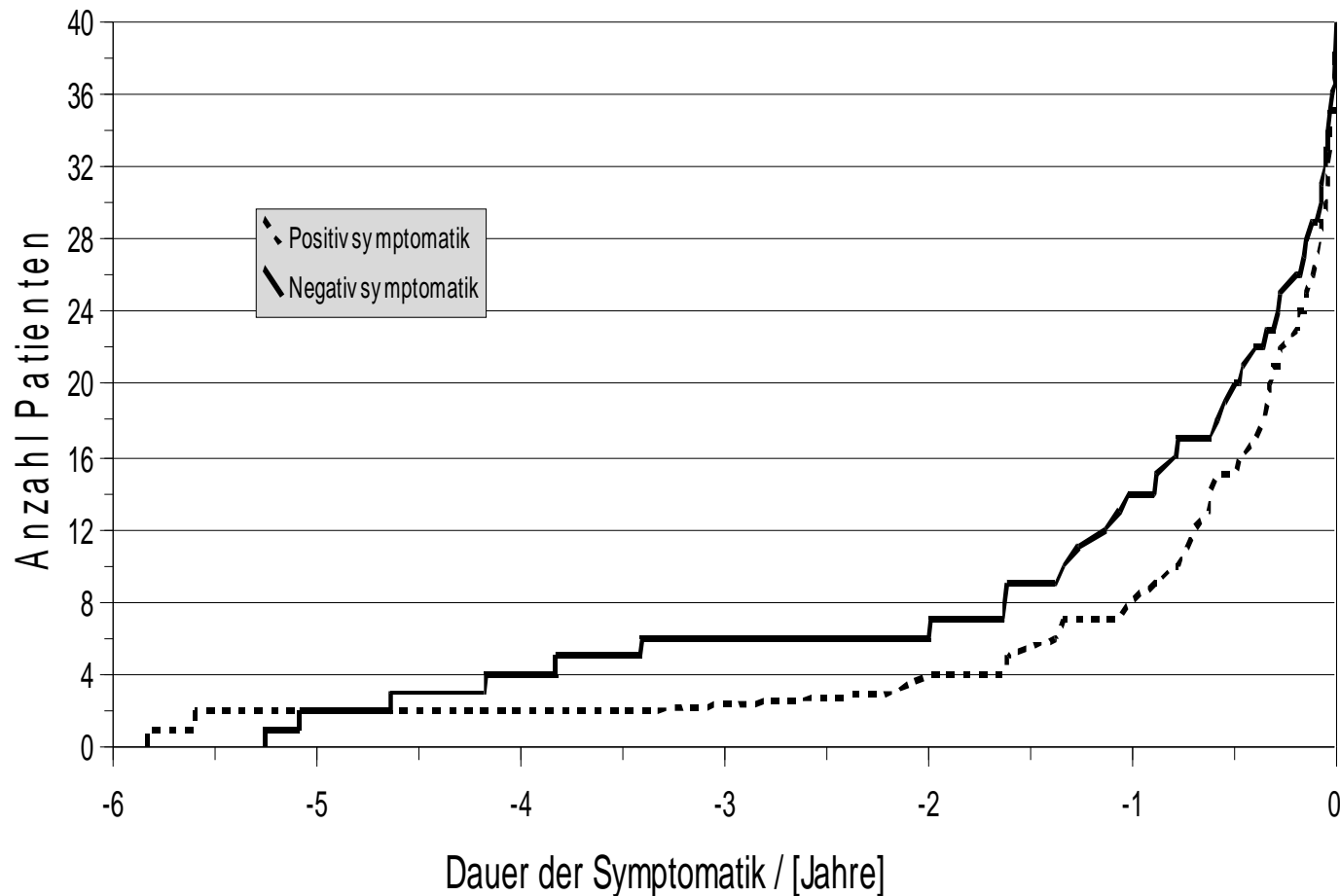




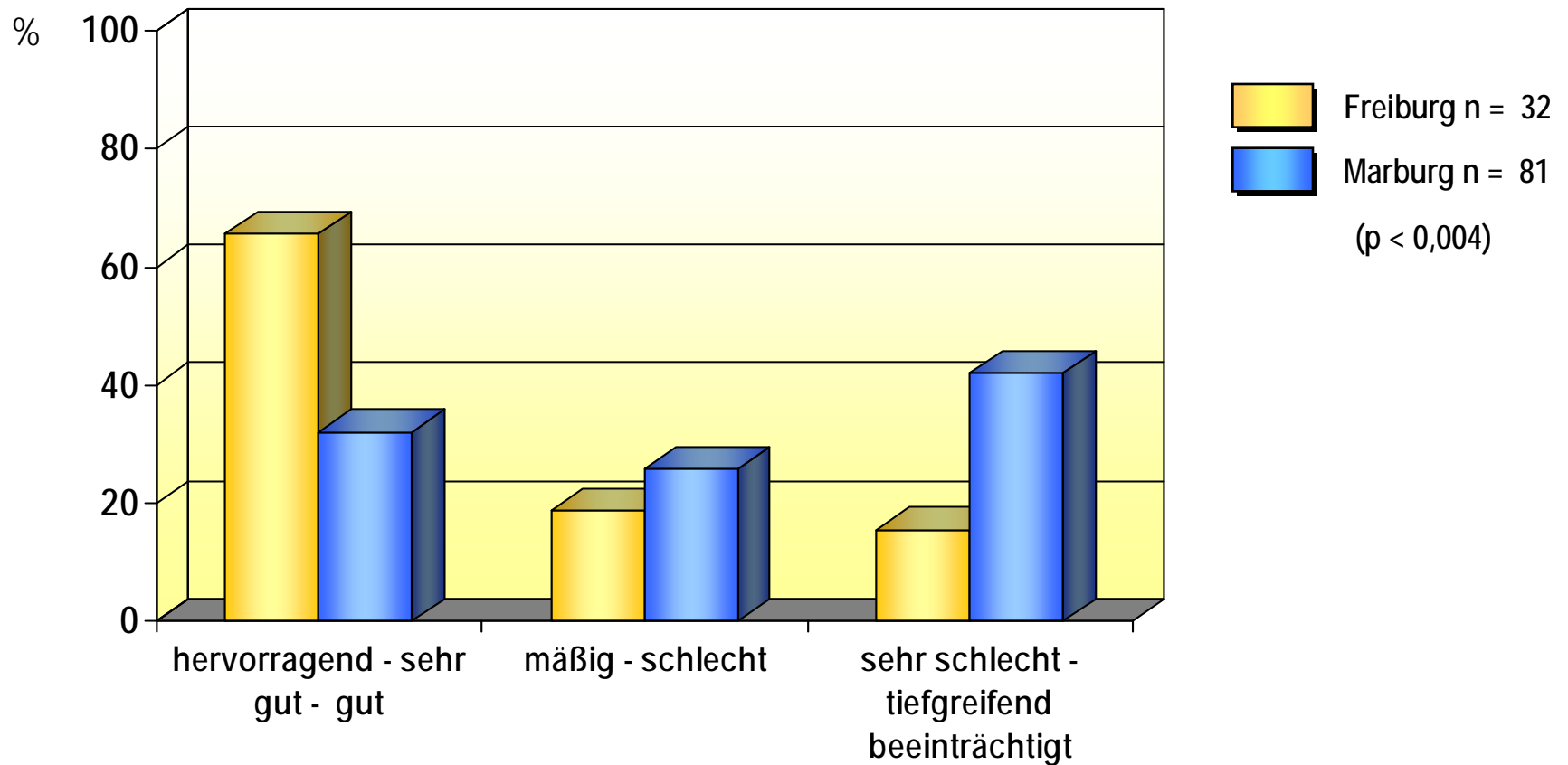
## Altersverteilung

n = 40	Mittel [Jahre]	Std. [Jahre]	Spannweite [Jahre]
Alter bei ersten nichtpsychotischen Auffälligkeiten	6,5	5,3	1,5–18,7
Alter bei ersten psychotischen Symptomen	15,5	2,3	7,7–18,8
Alter bei erster stationärer Aufnahme wegen Schizophrenie	16,7	1,5	12,8–18,9
Alter zum Katamnesezeitpunkt	23,8	1,7	19,9–26,4
Dauer der Erkrankung bei Katamnese	8,3	2,4	6,1–18,7

## Zeitspanne zwischen ersten Symptomen und der stationären Aufnahme



## Vergleich Katamnese Freiburg / Marburg: Psychosoziales Funktionsniveau (GAF)



## Medikamentöse Therapie

### Medikation zum Katamnesezeitpunkt (n = 32)

- 3,1 % klassisches Neuroleptikum
- 68,8 % atypisches Neuroleptikum
- 28,1 % keine neuroleptische Medikation

## Gliederung

1. Einleitung

2. Klassifikation

3. Epidemiologie

4. Ätiologie

5. Verlauf

6. Therapie

7. Schlussfolgerungen



## Schlussfolgerungen:

Die schizophren erkrankten Jugendlichen der Freiburger Katamnese zeigen in über 65 % einen guten bis hervorragenden Verlauf

Mögliche Ursachen:

- rascher und langfristiger Einsatz von Atypika mit guter Compliance
- 50 % nutzen für im Mittel 18 bis 24 Monate eine stationäre Rehabilitation (z.B. in der „Leppermühle“)
- geringere Belastung mit Entwicklungsstörungen
- Reduktion der unbehandelten Zeitdauer mit positiven Symptomen



Die Optimierung der Behandlung von an einer Schizophrenie erkrankten Jugendlichen lohnt sich!



Die Prognose wird besser!



**Vielen Dank!**