

3 Kenntnis der endogenen Psychosen

Schizophrenien:

körperlich (noch) nicht begründbare Psychosen

Begriff geprägt durch Eugen Bleuler 1911

Frühere Bezeichnungen:

Verrücktheiten, Dementia praecox (Kraepelin)

Häufigkeit: 1% life-time-risk

Erkrankungsalter: Männer früher als Frauen, meist 18.-25. Lebensjahr

Ergebnisse der Ursachenforschung:

Zwillingsforschung:

eineiige Zwillinge 25-85%, zweieiige Zwillinge 10-15%

erhöhtes Risiko für Kinder erkrankter Eltern

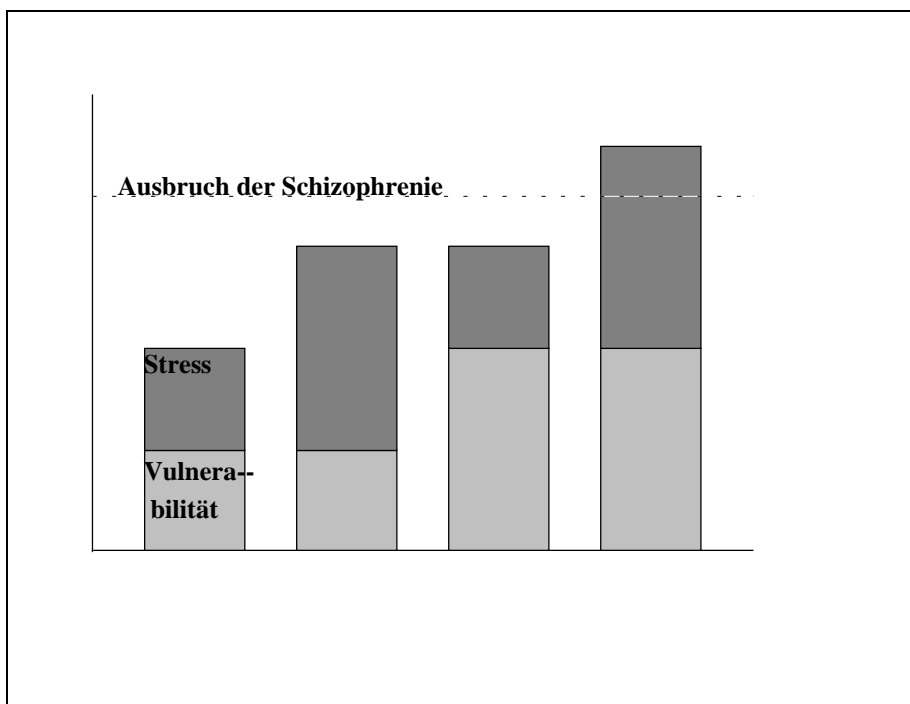
Adoptivstudien:

gilt auch für Kinder, die von gesunden Eltern adoptiert wurden

Dopamin-Hypothese: Überschuss an Dopamin im limbischen System

Modell für Ausbruch der Erkrankung:

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Symptomatik:

Symptome ersten und zweiten Ranges nach Kurt Schneider:

Bei Auftreten eines Symptomes 1. Ranges gilt die Diagnose einer Schizophrenie als sehr wahrscheinlich bzw. bei mehreren Symptomen 2. Ranges

Abnorme Erlebnisweisen	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
Akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen kommentierende Stimmen Gedankenlautwerden	Sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Sonstige Leibhalluzinationen
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten	-	Optische, olfaktorische, gustatorische Halluzinationen
Ich-Störungen	Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung	-
Wahn	Wahnwahrnehmung	Wahneinfall

Verlaufsformen:

Hebephrenie: Auftreten in der Jugend (16.-18. Lebensjahr), juvenile Schizophrenie

Katatonie: Auftreten von Stupor und Erregungszuständen

paranoide Schizophrenie: eigentlich paranoid-halluzinatorisch Schizophrenie, geprägt durch Wahn und Halluzinationen, häufigste Form

Chronisch fortschreitender oder schubweiser Verlauf

Prognose:

sogenannte „Drittel-Regel“: 1/3 vollständige Rückbildung der Symptome (**restitutio ad Integrum**), bei 1/3 Wiederauftreten von Symptomen, bei 1/3 schwerer Verlauf mit **Residualsyndrom**

Affektive Psychosen:

Synonym: Zykllothymien, manisch-depressive Psychose

Häufigkeit: life-time-risk: 1-2%, m 1-1,5%, w 2-3%

Ergebnisse der Ursachenforschung: Zwillingsforschung und Ihre Erkenntnisse heranziehen wenn Eltern erkrankt, 10-15% der Kinder erkrankt (ähnlich beim Diabetes), Erhöhung bzw. Erniedrigung des Noradrenalin- bzw. des Serotoninspiegels

Symptomatik:

Manie: gehobene Stimmung, Selbstüberschätzung, Distanzlosigkeit, gesteigerter Antrieb, Schlafstörungen (kein Schlafbedürfnis), Ideenflucht, Größenwahn

Depression: gedrückte Stimmung, Schuldgefühle, verminderter Antrieb (aber auch agitierte Depressionen mit gesteigertem Antrieb), Vitalstörungen: Schlafstörungen, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Verstopfung, Engegefühl in der Brust, Libidoverlust

Verlauf und Prognose: Phase im Gegensatz zum Schub, mono- und biphasische Verläufe

1/3 bipolar, 2/3 monopolar, zumeist Depressionen, selten Manien

Geschlechterverteilung: bipolar m:w 1:1, monopolar 1:2

Manifestationsalter: bipolar 20-30(40), monopolar 20-30 und 40-50

einmalige Episode, höchstens 10-15% der Erkrankten haben mehr als 10 Episoden,

Vollremissionen möglich

Schizoaffective Psychosen: Mischpsychosen

meist phasenhafter Verlauf, es treten in einer Phase affektive und schizophrene Symptome auf

Suizidalität:

Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.

Präsuizidales Syndrom:

Einengung von Bewusstsein und Gefühlen, Rückzug, Vereinsamung

Aggressionen gegen die eigene Person, Schuldgefühle

Suizidphantasien

Suizidprophylaxe:

Erkennen von erhöhtem Risiko bei:

Psychisch Kranke: Suizidrate ca. 10-20mal höher als in der Normalbevölkerung

Menschen nach vorausgegangenen Suizidhandlungen

alte Menschen

Süchtige

unheilbar chronisch Kranke

Jugendliche (Pubertätskrisen)

Helfer (bei Ärzten Suizidrisiko 2,5mal höher als bei anderen Berufen)

Menschen in Ehe- und Lebenskrisen

Therapiemöglichkeiten bei endogenen Psychosen:

Psychopharmakotherapie:

Kurzer historischer Überblick

(Nebenwirkungen von Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizern) Vgl. Arzneimittellehre, LZ 5

Neuroleptika:

Wirkungen: gegen Wahn und Halluzinationen

Blockade der Dopamin-Rezeptoren

a) alte Neuroleptika (Haldol, Neurocil)

EPMS-Störungen: Zungen-Schlund-Krämpfe, Blickkrämpfe, Tremor, Rigor, Akathisie, Spätdyskinesien. **Möglichkeit eines pharmakogenen Delirs, Blutbildveränderungen,**

Hypotonie, Akkomodationsschwäche, Potenzschwäche

hochpotente Neuroleptika: gute Wirksamkeit bei geringer Sedierung

niederpotente Neuroleptika: geringe Wirksamkeit bei starker Sedierung

b) neue atypische Neuroleptika (Leponex, Zyprexa, Risperdal)

(fast) keine EPMS, Leponex: Blutbildungsstörungen, Zyprexa: Hyperglykämie

Antidepressiva:

stimmungsaufhellend

klassische Antidepressiva: Saroten, Aponal

Erhöhung des Noradrenalinspiegels

Nebenwirkungen: **Delirantes Syndrom vor allem bei i.v.-Therapie, Gefahr der Verschleierung der Symptomatik und damit auch der Suizidalität,** Mundtrockenheit, Verstopfung,

Akkommodationsschwäche, Störungen der Reizleitung im Herz

neue Antidepressiva: Fluctin, Tagonis, Cipramil

Erhöhung des Serotoninspiegels

Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall

Mittel zur Phasenprophylaxe:

zur Vorbeugung bei affektiven Psychosen

a) Lithium: Hypnorex, Quilonum

konstante Blutspiegel wichtig: 0,6-0,8 mmol/l, ab 1,5 mmol/l Intoxikation (Erbrechen, Tremor, Ataxie), ab 3,5 mmol/l Koma > Tod

b) Carbamazepin: Tegretal

c) Valproinsäure: Ergenyl

Tranquilizer:

sedierend, angstlösend, muskelrelaxierend, antikonvulsiv

meist Benzodiazepine: Valium, Tranxilium, Rohypnol, Tavor

Nebenwirkungen: **Gefahren der Abhängigkeit, entsprechende Konsequenzen für die Therapie:**

kurzzeitige Anwendung (höchstens 4-6 Wochen), Atemdepression in höheren Dosen

Konvulsionstherapie:

Geschichtliche Entwicklung und Indikationen für Elektrokrampftherapie

Entwicklung in Italien ca. 1930, künstliche Herbeiführung epileptischer Anfälle, heute in Vollnarkose,

Indikationen: katatoner Stupor, therapieresistente Suizidalität

Soziotherapie:

Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft: Wohnen, Arbeit, Freizeit

Hinweis auf Problem der therapeutischen Gemeinschaft

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie): Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Therapieformen vgl. Berufskunde, LZ 1.4 (Berufe des Gesundheitswesens) und Krankenpflege, LZ 7.3 (Therapeutisches Team)