

**Fortbildung
Schizophrene Psychosen //**

A. Klimke

03.02.2015
WKH Köppern

Konzeptuelle Entwicklung der Schizophrenie

„Dementia praecox“ (1893)

„Vorzeitige Demenz“ mit eher chronischem Verlauf. Abzugrenzen von „manisch-depressivem Irresein“ mit überwiegend guter Prognose und Remission. → Relevanz des **Verlaufs** des Krankheitsbildes

Emil Kraepelin
*1856 † 1926

„Schizophrenie“ (1911)

Grundsymptome: Assoziationstörungen, Affektivitätsstörungen, Ambivalenz der Gefühle, Autismus, Störungen des Willens und Handelns und der Person als essentielle Bestandteile der Erkrankung

Akzessorische Symptome: Halluzinationen, Wahnideen, funktionelle Gedächtnisstörungen, Katatonie, Störungen von Schrift und Sprache

Eugen Bleuler
*1857 † 1939

„Symptome 1. und 2. Ranges“ (1938)

Symptome 1. Ranges: Dialogisierende, kommentierende Stimmen, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankeneingebung, -entzug, Wahnwahrnehmung

Symptome 2. Ranges: sonstige akustische Halluzinationen, Zönesthesien, optische Halluzinationen, Wahneinfall

Kurt Schneider
*1887 † 1967

Entgegen allen VORURTEILEN – was Schizophrenie nicht ist:

- **Schizophrenie ist keine Persönlichkeitsspaltung (nicht mehrere - multiple - Persönlichkeiten)**
- **Schizophrenie ist kein unheilbarer, fortschreitender, zum völligen geistigen Abbau führender Prozess**
- **Schizophrenie ist keine Willensschwäche**
- **An Schizophrenie Erkrankte sind nicht primär unberechenbar, unzurechnungsfähig und gefährlich**
- **Schizophrenie ist nicht ansteckend**

Schizophrenie ist eine Form der PSYCHOSE

Psychose: Psychische Störungen, bei denen es zu einem Verlust des Realitätsbezugs kommt

Dazu zählen

- **Schizophrene Psychosen** (Schizophrenie, schizoaffektive Störungen)
- **Affektive Psychosen** (Depression, Manie, manisch-depressive Störung)
- **Organische Psychosen** (z.B. Delir)

SCHIZOPHRENE PSYCHOSEN ...

- ... sind Erkrankungen des Gehirns, die mit Störungen bei der Übertragung und Verarbeitung von Nervenimpulsen des Gehirns einhergehen.
- Dies kann u.a. dazu führen, dass Sinneseindrücke falsch verarbeitet werden,
- Denk- und Konzentrationsstörungen auftreten,
- Ich-Störungen auftreten,
- Affektive Störungen auftreten.

SYMPTOMATIK I

→ POSITIVSYMPTOMATIK

- **Halluzinationen** (= Wahrnehmungen von objektiv nicht vorhandenen Reizen/Objekten)
z.B. dialogisierende oder kommentierende Stimmen
- **Wahn** (= unkorrigierbar falsche Überzeugung von der Realität)
z.B. Verfolgungswahn, Beziehungswahn
- **Denkstörungen** (= Störung des Denkablaufs)
z.B. Gedankenabreißen, Vorbeireden, zerfahrenes Denken
- **Ich-Störungen** (= Störung der Ich-Umwelt-Grenzen)
z.B. Derealisation / Depersonalisation,
Gefühl der Gedankeneingebung / d. Gedankenentzugs

SYMPTOMATIK II

→ NEGATIVSYMPTOMATIK

- Störungen der **Affektivität**
z.B. Gefühlsarmut, Parathymie, läppisches Verhalten, aggressive Gespanntheit, Misstrauen, Angst
- Störung des **Antriebs**, der **Psychomotorik** und des **Sozialverhaltens**
z.B. Interesseminderung, sozialer Rückzug, Agitiertheit, gesteigerte Erschöpfbarkeit, Verwahrlosungstendenz

Epidemiologie und Verlauf

● Lebenszeitprävalenz

ca. 1% der Bevölkerung betroffen

d.h. ca. 800.000 Menschen in Deutschland erkranken mindestens einmal im Leben an einer schizophrenen Psychose

● Inzidenz

Jährlich ca. 13.000 Neuerkrankungen in Deutschland

● Erkrankungsbeginn

Meist zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr;

Auch nach dem 40. Lebensjahr möglich (v.a. Frauen)

● Erkrankungsrisiko

Kein Geschlechterunterschied, aber Männer erkranken oft früher als Frauen

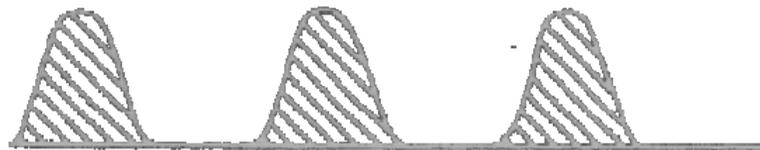
Verlaufsformen schizophrener Störungen



**Nur eine Episode
Kein Residuum**

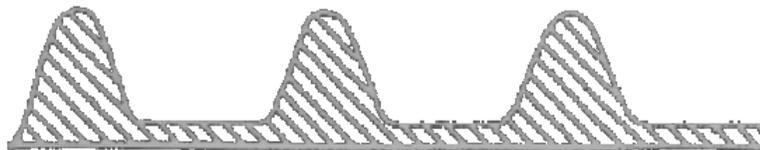
**A B
(%) (%)**

16 23



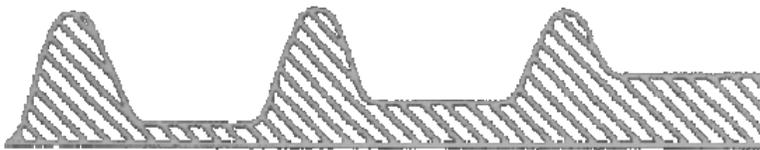
**Mehrere Episoden mit
keinem oder min-
malem Residuum**

32 35



**Residuum nach
der ersten Episode mit
Exazerbationen und
ohne Rückkehr zur
Normalität**

9 8



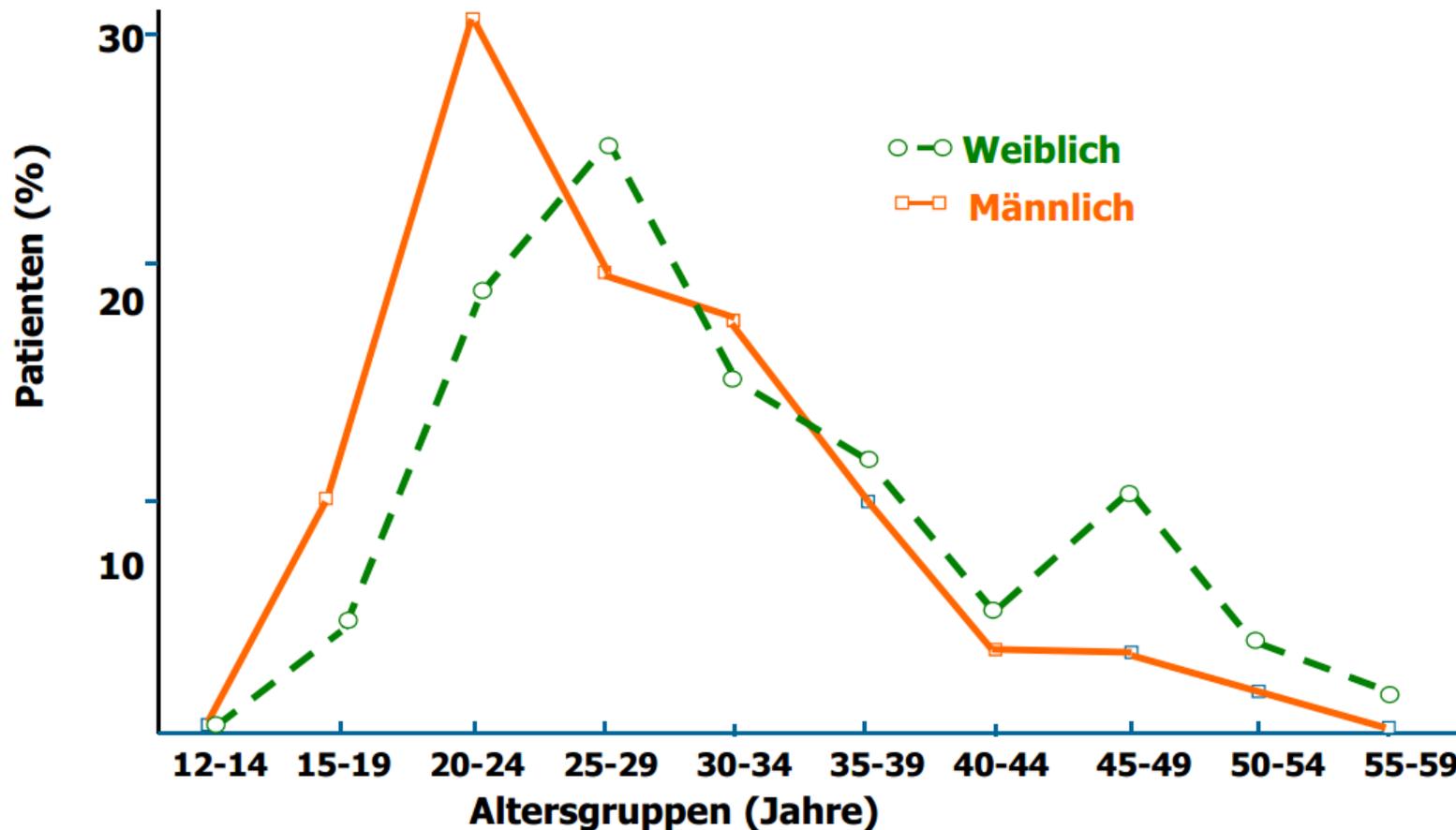
**Mit jeder Episode
zunehmendes
Residuum und ohne
Rückkehr zur
Normalität**

43 33

Watt et al. (1983)

A: Gesamt-Sample B: Ersterkrankung

Altersverteilung für Erstaufnahmen nach Geschlecht



Häfner et al. (1993)

Gekennzeichnet durch grundlegende und charakteristische **Störungen von Denken und Wahrnehmung** sowie **inadäquate oder verflachte Affekte**.

Wichtigste psychopathologische Phänomene:

- (a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- (b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen
- (c) Kommentierende oder dialogische Stimmen
- (d) Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn
- (e) Halluzinationen jeder Sinnesmodalität; (f) Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss; (g) Katatone Symptome; (h) „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, verflachte oder inadäquate Affekte; (i) Veränderung im persönlichen Verhalten (Interessensverlust, Ziellosigkeit, Müßigkeit, sozialer Rückzug)

➔ **Über einen Zeitraum von mindestens einem Monat** müssen **mindestens ein Symptom aus den Gruppen (a) bis (d)** oder wenigstens **zwei Symptome** aus den Gruppen (e) bis (h) zutreffen.

➔ Verlauf: entweder **kontinuierlich episodisch** mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit **vollständiger oder unvollständiger Remission** auftreten.

Klassifikation der Schizophrenie in ICD-10: Ausschlussdiagnosen

Ausschlussdiagnosen:

Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen

Auch bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während des Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden

➔ **Ausschlussdiagnostik für andere psychotische Erkrankungen! (z.B. Labor, MRT, EEG, Liquor)**

Andere psychotische Störungen

- Schizotype Störung
- Anhaltende wahnhafte Störung
- Akute vorübergehende psychotische Störungen
- Induzierte wahnhafte Störung
- Schizoaffektive Störungen

- Organische Halluzinose
- Organische katatonie Störung
- Organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung

- Manie mit psychotischen Symptomen
- Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- Rezidivierende depressive Störung, mit psychotischen Symptomen

Klinische Prädominanztypen schizophrener Störungen

- Paranoide Schizophrenie
- Hebephrene Schizophrenie
- Katatone Schizophrenie
- Undifferenzierte Schizophrenie

Ursachen der Schizophrenie

- Die Ursachen sind sehr komplex und bislang noch unzureichend geklärt
- Sehr wahrscheinlich müssen zusammenkommen:

Biologische Anlage (Disposition, Vulnerabilität)

Genetische Veranlagung / familiäre Erkrankungen
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
sonstige frühkindliche Hirnschädigungen

+

Psychosozialer Stress

kritische / traumatische Lebensereignisse
emotional überreagierendes Umfeld
sonstiger (sozialer) Stress

+

Fehlen wirksamer Stressbewältigung

Biologische Ursachen der Schizophrenie

- Aufgrund der guten Wirksamkeit antidopaminergere Psychopharmaka ist von einer **zentralen Störung des Dopamin-Stoffwechsels** auszugehen, deren Ursache aber noch unbekannt sind
- Darüberhinaus zeigen hirnmorphologische und hirnfunktionelle Untersuchungen sowie genetische Befunde, dass eine Reihe weiterer Gehirnfunktionen bei der Schizophrenie verändert sind

Hirnstrukturelle und funktionelle Veränderungen

Strukturelle Hirnabweichungen:

- Reduktion des Gesamthirnvolumens
- Erweiterungen des Ventrikelsystems und der äußeren Liquorräume,
- Volumenverkleinerung der Amygdala, des Temporallappens und des Hippocampus

Verringerung der Stoffwechselaktivitäten und des Blutflusses in Frontalcortex, Präfrontalcortex (Hypofrontalität)

→ Eine eindeutige diagnostische Trennung zwischen Patienten mit Schizophrenie und Gesunden ist auf der Basis hirnstruktureller und funktioneller Untersuchungen noch nicht möglich.

Übersicht: Falkai, Vogeley & Maier 2001

Exogene Faktoren

→ **Exogene, umweltbedingte Faktoren spielen eine weitere Rolle bei der Entwicklung einer Schizophrenie**

Exogene Risikofaktoren der Schizophrenie

Prä- und perinatale Faktoren:

- Geburten im Winter (Torrey, Miller, Rawlings, & Yolken, 1997),
- Bakterielle und virale Infekte der Mutter (Brown & Derkits, 2010)
 - Toxoplasmose (2,6fach erhöhtes Risiko)
 - Influenza (3-fach erhöhtes Risiko)
- besondere Vulnerabilität während des zweiten Trimesters der Schwangerschaft durch Einfluss auf die Hirnentwicklung des Fötus (King et al. 2010)
- Immunologische /entzündliche Faktoren (Müller N et al., 2012)
- Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Psychosozialer Stress: instabiles Erziehungsumfeld („expressed emotions“), kritische/traumatische Lebensereignisse, niedriger sozialökonomischer Status (Boydell & Murray, 2003), „Urbanizität“

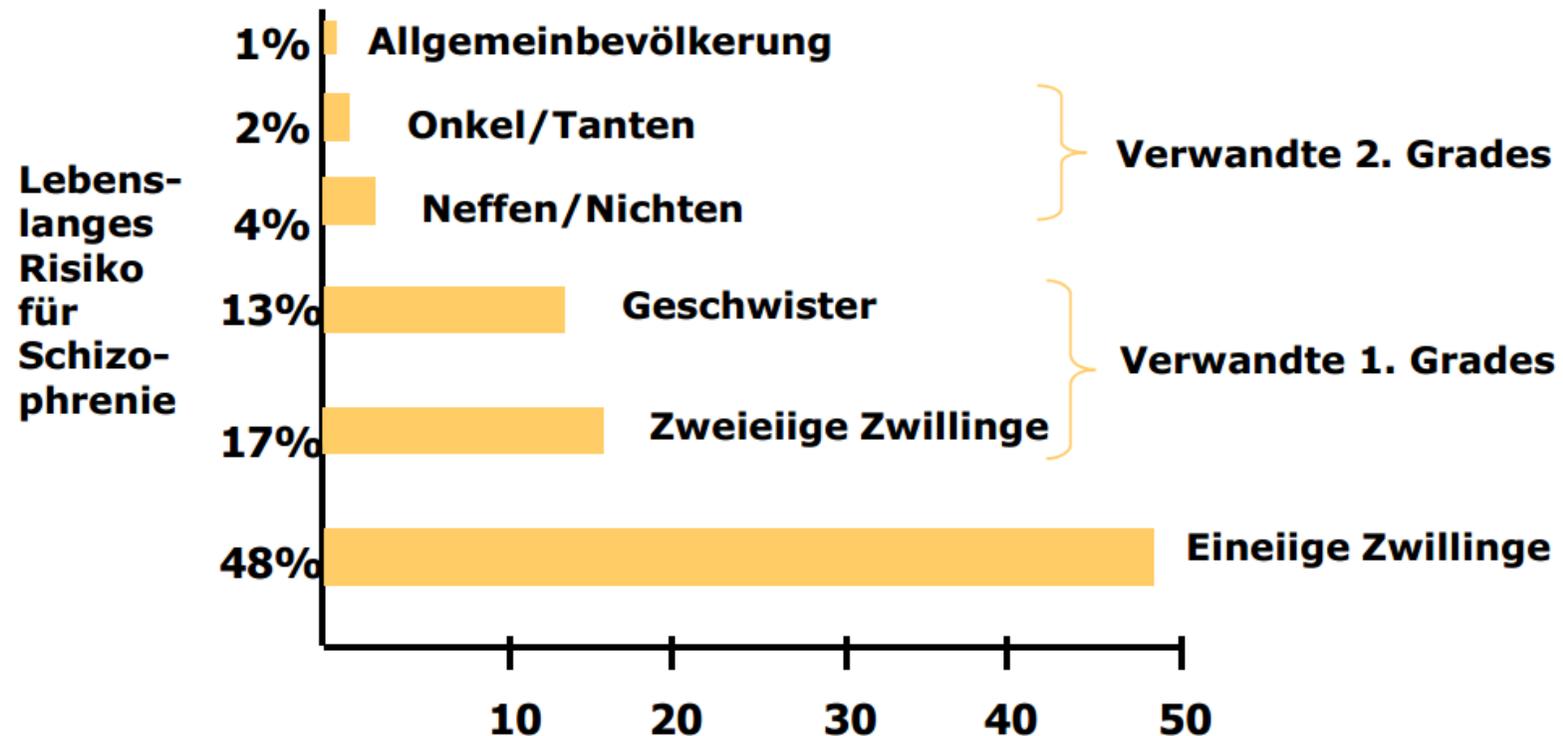
Cannabis-Konsum

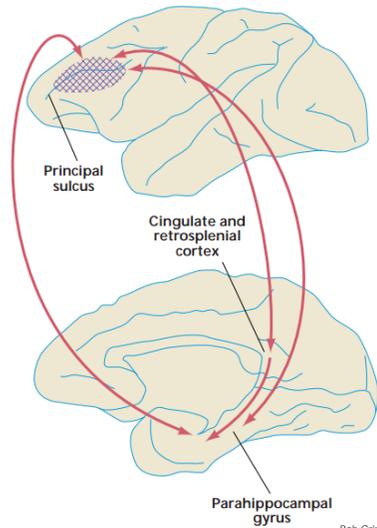
Exogene Faktoren

Cannabis-Konsum

- Fast zweifach erhöhtes Risiko für die spätere Entwicklung einer Psychose bei Personen, die in der frühen Adoleszenz (vor dem 15. Lj.) mit dem Cannabis-Konsum begannen (Arseneault et al. 2002, 2004; Semple, McIntosh & Lawrie, 2005)
- Erklärungsmodell: Eingriff in regulatorische Prozesse des Endocannabinoidsystems (Sundram 2006)
- Vulnerabilität für Cannabis-getriggerte Psychose scheint auch von genetischen Faktoren abhängig zu sein (s. COMT-Gen, Caspi et al. 2005)

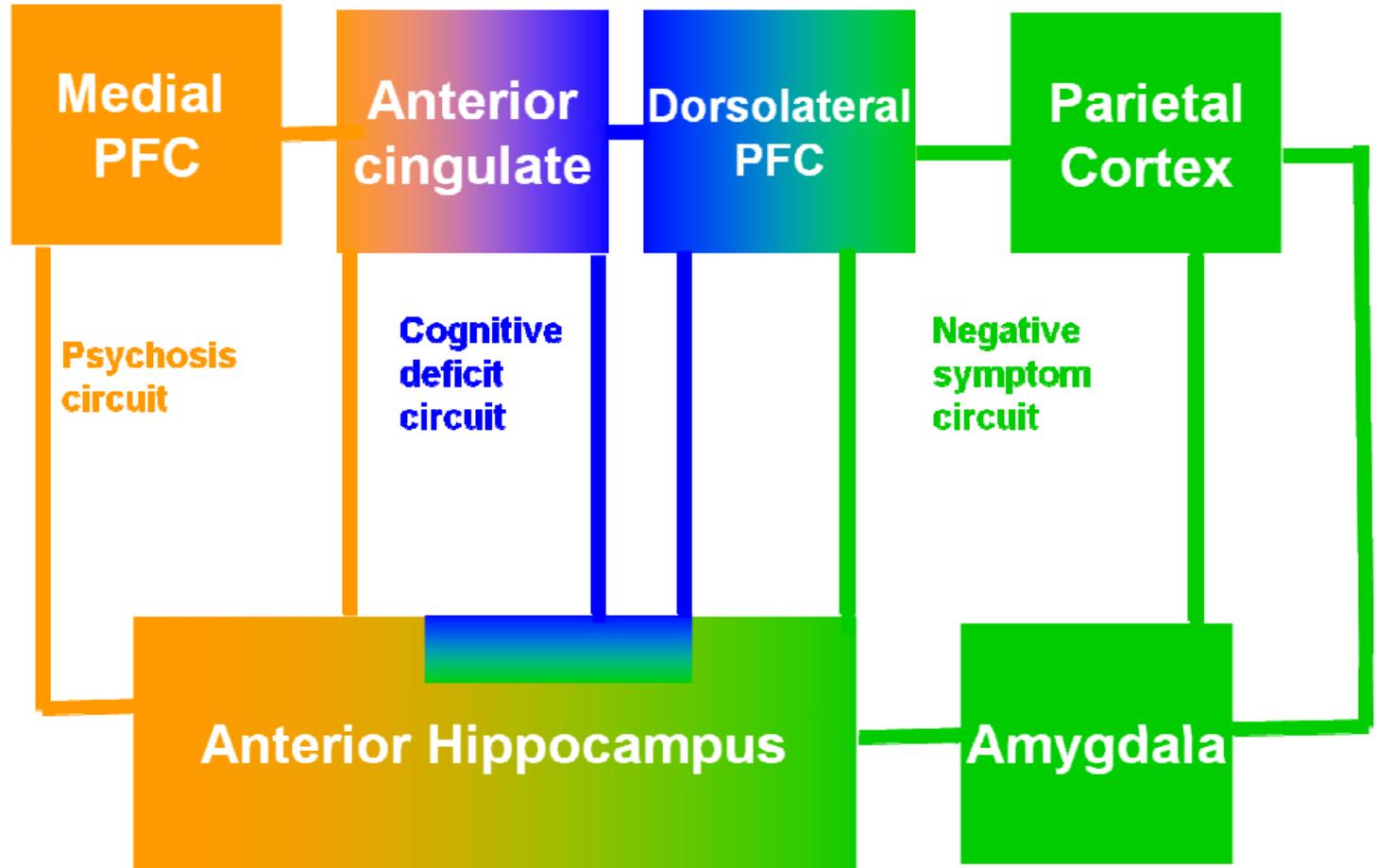
Das Erkrankungsrisiko steigt bei erblicher Vorbelastung, aber Schizophrenie ist keine reine Erbkrankheit.





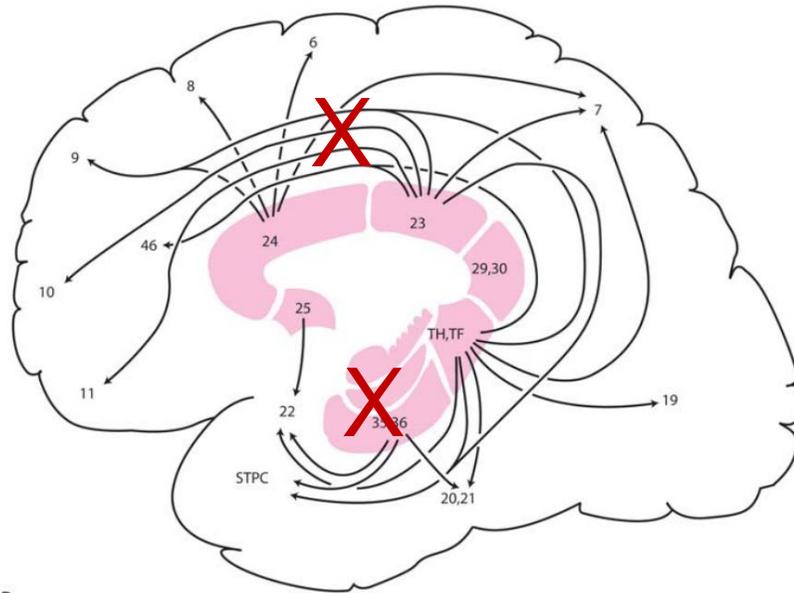
Bob Crimi

Fig. 1. Connections between the hippocampal formation (bottom) and the prefrontal cortex (top) in the rhesus monkey. Schizophrenia in humans has been postulated to result from disrupted functional integration among these brain regions. This figure is based on the findings of Goldman-Rakic *et al.* (*Neuroscience* 12, 719-743, 1984).

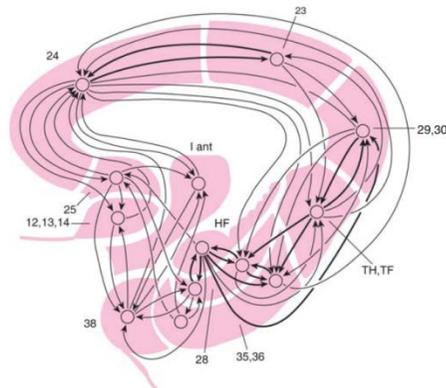
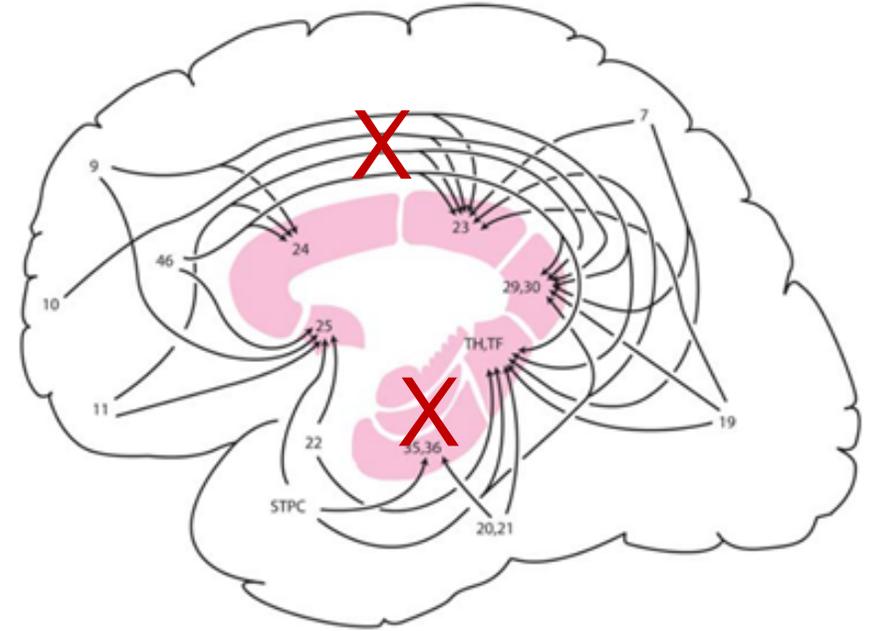


Modified after Tamminga et al.: Neuropsychiatric Aspects of Schizophrenia. In: Yudofsky and Hales (Eds.): Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences. APA Publ., 2008. Pp. 969-1001

Schizophrenie und frontotemporale Dysconnection



R



Zwischenfazit: Biologische Faktoren führen zu Störungen im Gehirn/ der Hirnentwicklung

→ Schizophrenie als Störung des Gehirns

Anatomische Befunde:

- **geringe Erweiterung der inneren Hirnkammern sowie der Furchen des Stirn- und Schläfenhirn**
- **Anomalien der Zellanordnung im Schläfenhirn**
- **z.T. Fehlen der normalen Strukturassymetrie**

Biochemische Befunde:

- **Überaktivität im Dopamin-Überträgerstoffsystem**
- **Unteraktivität im Glutamat-Überträgerstoffsystem**
- **Ungleichgewicht in / zwischen verschiedenen Überträgerstoffsystemen**

Funktionelle Befunde:

- **Minderaktivität (v.a. im Stirnhirn) bei bestimmten kognitiven Aufgaben, Dyskonnektion miteinander synchronisiert arbeitender Gehirnareale**

Exkurs: Stigma

- aus dem Griechischen: Bohren, ein Loch machen
- im Mittelalter: Kennzeichnung Krimineller durch Brandmale an den Wangen oder Einkerbungen am Ohr („Schlitzohr“)
- soziale Prozesse, die negativ bewertete Eigenschaften („Stigmata“) oder diskreditierende oder bloßstellende Etikettierungen zuschreiben, die in der Regel zur sozialen Ausgliederung und Isolierung dieser Menschen führen

Medizinstudenten, Ärzte und psychiatrisches Personal

- Medizinstudenten schätzen psychisch Kranke als weniger friedlich und unheimlich ein, nach einem psychiatrischen Kurs taten dies vor allem die Studentinnen (Rössler et al., 1996)
- „Es ist nicht einfach, psychiatrische Patienten zu mögen“ – Medizinstudenten 28%, 2 Jahre später Ärzte 56% (Sivakumar et al., 1986)
- von psychiatrischem Personal wird pessimistischere Einschätzung der Prognose vorgenommen und beachtliche Diskriminierung innerhalb der Gesellschaft vermutet (Caldwell, 2001; Jorm et al., 1999)

Stigmatisierung des psychiatrischen Personals

- 2% glauben, es handele sich um Menschen, die in anderen Berufen gescheitert sind, 16% meinen, man merke es ihnen nach einigen Jahren den ständigen Kontakt mit psychisch Kranken an (Korczak&Pfefferkorn, 1991)
- 34% fühlen sich bei einem Besuch beim Nervenarzt nicht so frei und ungehemmt wie bei einem anderen Arzt (Faust, 1981)
- 40% der Respondenten in einem sozialen Beruf meinen, Psychiater wählen diesen Beruf, um sich selbst zu helfen (Lamnek&Tretter, 1991)

Soziale Stigmatisierung in Hongkong – Stigma und Beruf

(Lee et al., 2005)

Kein Arbeitsangebot nachdem die Erkrankung bekannt wurde	46,8 %	25,0 %
Entlassen worden nachdem Erkrankung bekannt wurde	44,5 %	-
Negative Kommentare des Arbeitgebers nach Bekanntwerden	36,8 %	-
Arbeitgeber oder Kollegen hielten Patienten für gewalttätig aufgrund seiner Erkrankung	44,1 %	-

Stigma und persönliche Beziehungen (Lee et al., 2005)

Patient sei gewalttätig aufgrund seiner Erkrankung	57,2 %	27,9 %	54,4 %
Negative Kommentare während eines Krankheitsrückfalls	68,0 %	-	55,3 %
Befürchtung, andere könnten von der Erkrankung erfahren, Geheimhaltung	59,6 %	33,3 %	65,7 %
Ablehnung, Rückzug oder Trennung wegen der Erkrankung	53,6 %	42,1 %	31,9 %

Entstigmatisierung durch Aufklärung

- Information: zielgruppenorientierte Aufklärung über psychische Erkrankungen, rationale Entkräftung von Mythen: Zunahme positiver Einstellungen um so stärker, je interessanter, glaubwürdiger und sympathischer der Referent eingeschätzt wird
- andererseits: Die Serie „Die Anstalt“ (SAT1) musste mangels Resonanz (< 5 %) nach 3 Monaten abgesetzt werden
- Filme wie „Das weisse Rauschen“ können auch vorhandene Klischees verstärken

„Das weisse Rauschen“ – die psychiatrische Klinik



„Das weisse Rauschen“ - Gefährlichkeit



„Das weisse Rauschen“ – Genetik ?



„Das weisse Rauschen“ – Genetik ?



Schizophrene Symptome...

Andrew is convinced demons inhabit his chest, haunting his every waking moment. In quiet desperation he attempts to remove them.

„Because relapses are a living nightmare“

Risperdal CONSTA
risperidone LONG-ACTING INJECTION

Because relapses are a living nightmare

PREPARATION INFORMATION: Risperdal CONSTA is a long-acting injection containing risperidone. It is indicated for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. It is contraindicated in patients with known hypersensitivity to risperidone or any of the excipients. **CONTRAINDICATIONS:** Known hypersensitivity to risperidone or any of the excipients. **WARNINGS:** Risperdal CONSTA should be used with caution in patients with a history of falls, orthostatic hypotension, or a history of seizures. **PRECAUTIONS:** Risperdal CONSTA should be used with caution in patients with a history of falls, orthostatic hypotension, or a history of seizures. **ADVERSE REACTIONS:** Common adverse reactions include somnolence, dizziness, and weight gain. **DRUG INTERACTIONS:** Risperdal CONSTA may interact with other medications, including antidepressants and antipsychotics. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Risperdal CONSTA is a long-acting injection of risperidone, which is a second-generation antipsychotic. **PHARMACODYNAMICS:** Risperdal CONSTA has a long half-life and is metabolized in the liver. **PHARMACOKINETICS:** Risperdal CONSTA is absorbed slowly and reaches a steady state over several weeks. **TOXICOLOGY:** Risperdal CONSTA is not teratogenic and is safe for use in pregnancy. **CLINICAL TRIALS:** Risperdal CONSTA has been shown to be effective in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. **INDICATIONS:** Risperdal CONSTA is indicated for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. **CONTRAINDICATIONS:** Risperdal CONSTA is contraindicated in patients with known hypersensitivity to risperidone or any of the excipients. **WARNINGS:** Risperdal CONSTA should be used with caution in patients with a history of falls, orthostatic hypotension, or a history of seizures. **PRECAUTIONS:** Risperdal CONSTA should be used with caution in patients with a history of falls, orthostatic hypotension, or a history of seizures. **ADVERSE REACTIONS:** Common adverse reactions include somnolence, dizziness, and weight gain. **DRUG INTERACTIONS:** Risperdal CONSTA may interact with other medications, including antidepressants and antipsychotics. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Risperdal CONSTA is a long-acting injection of risperidone, which is a second-generation antipsychotic. **PHARMACODYNAMICS:** Risperdal CONSTA has a long half-life and is metabolized in the liver. **PHARMACOKINETICS:** Risperdal CONSTA is absorbed slowly and reaches a steady state over several weeks. **TOXICOLOGY:** Risperdal CONSTA is not teratogenic and is safe for use in pregnancy. **CLINICAL TRIALS:** Risperdal CONSTA has been shown to be effective in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. **INDICATIONS:** Risperdal CONSTA is indicated for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder.

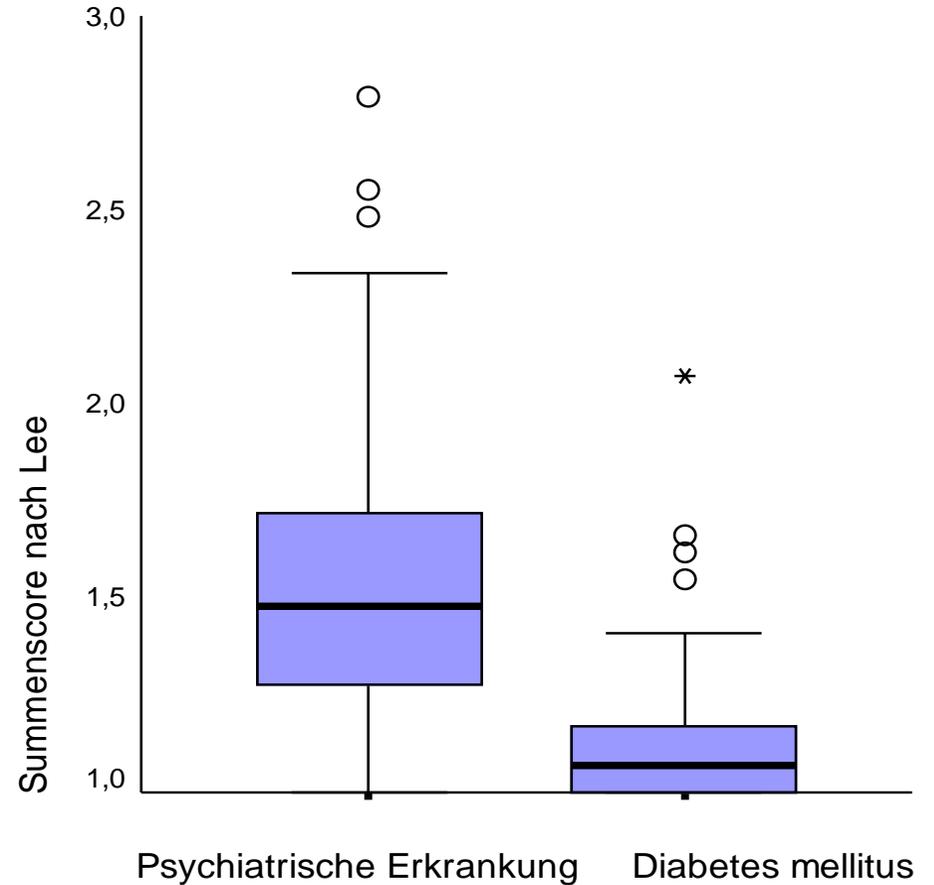
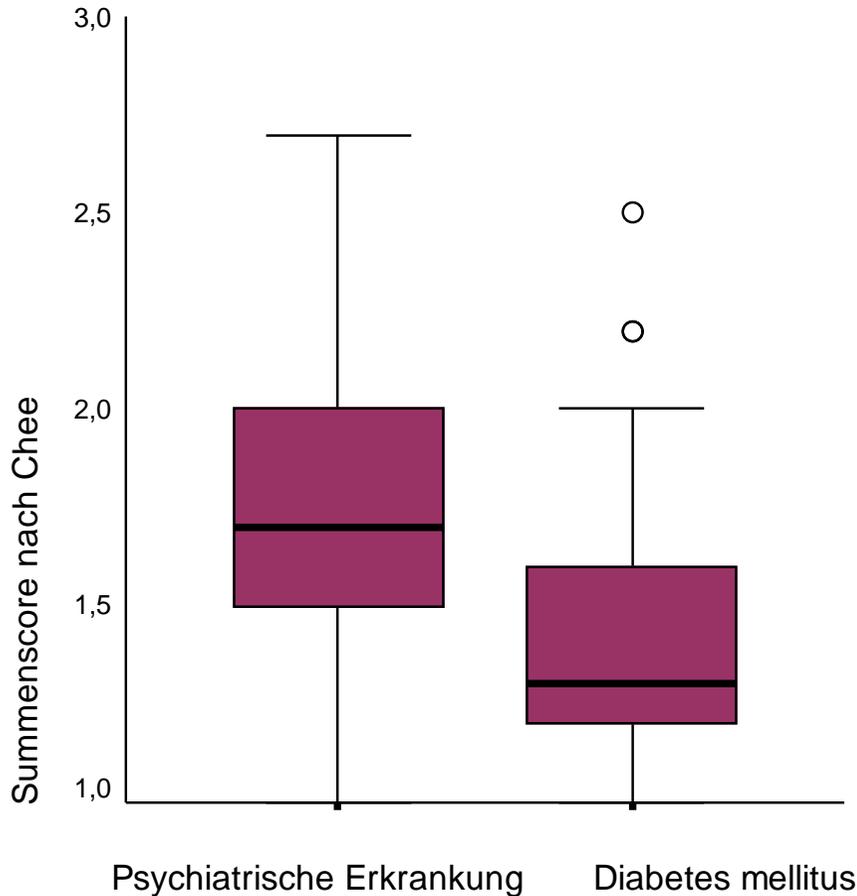
Eigene Studie zur Stigmaerfassung bei Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und Diabetes mellitus (Henschel, 2012)

- 1. Fragenteil nach Chee, 10 Items:
 - Soziale Zurückweisung
 - Negative Wahrnehmung durch die Medien
 - Scham aufgrund der Erkrankung
 - Soziale bzw. strukturelle Diskriminierung
- 2. Fragenteil nach Lee, 29 Items:
 - Berufsbedingte Stigmatisierung
 - Interpersonelle Stigmatisierung durch Familie, Freunde und Partner
 - Verheimlichung und erwartete Stigmatisierung
 - Emotionale Reaktion auf Stigmatisierung

Chee C Y I, Ng T P, Kua E H. Comparing the stigma: general hospital–state mental hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 648–653

Lee S, Lee M T Y, Chiu M Y L, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 153-157

Hochtaunus

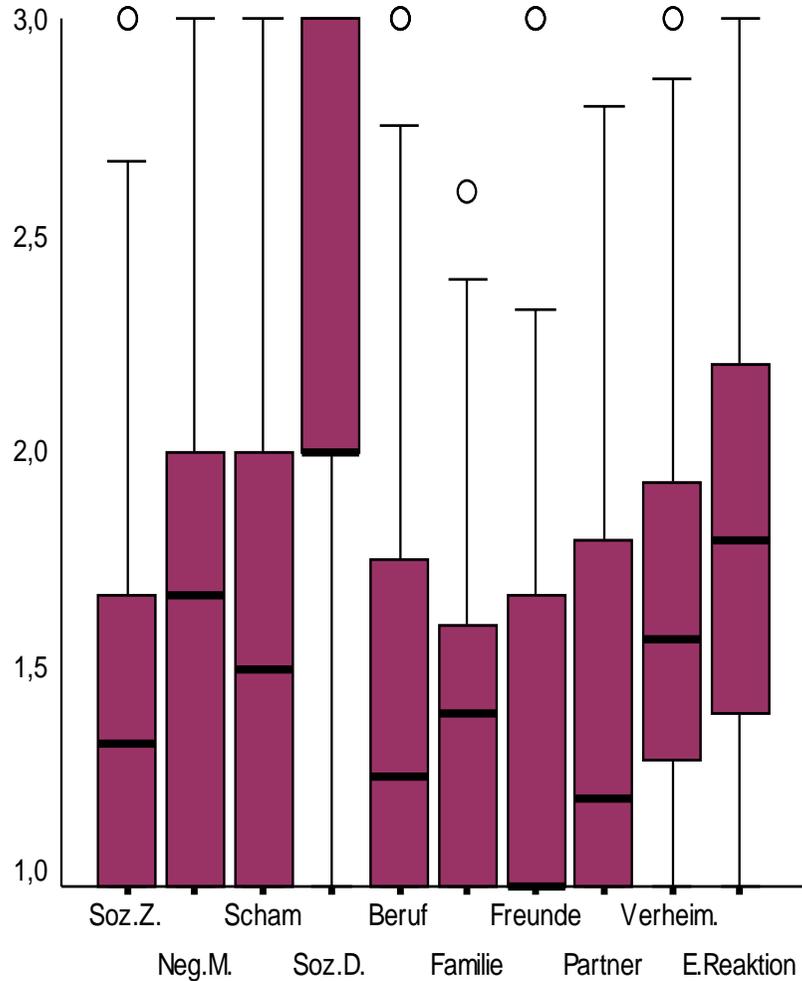


Signifikanz $p \leq 0,001$ im Mann-Whitney-U-Test

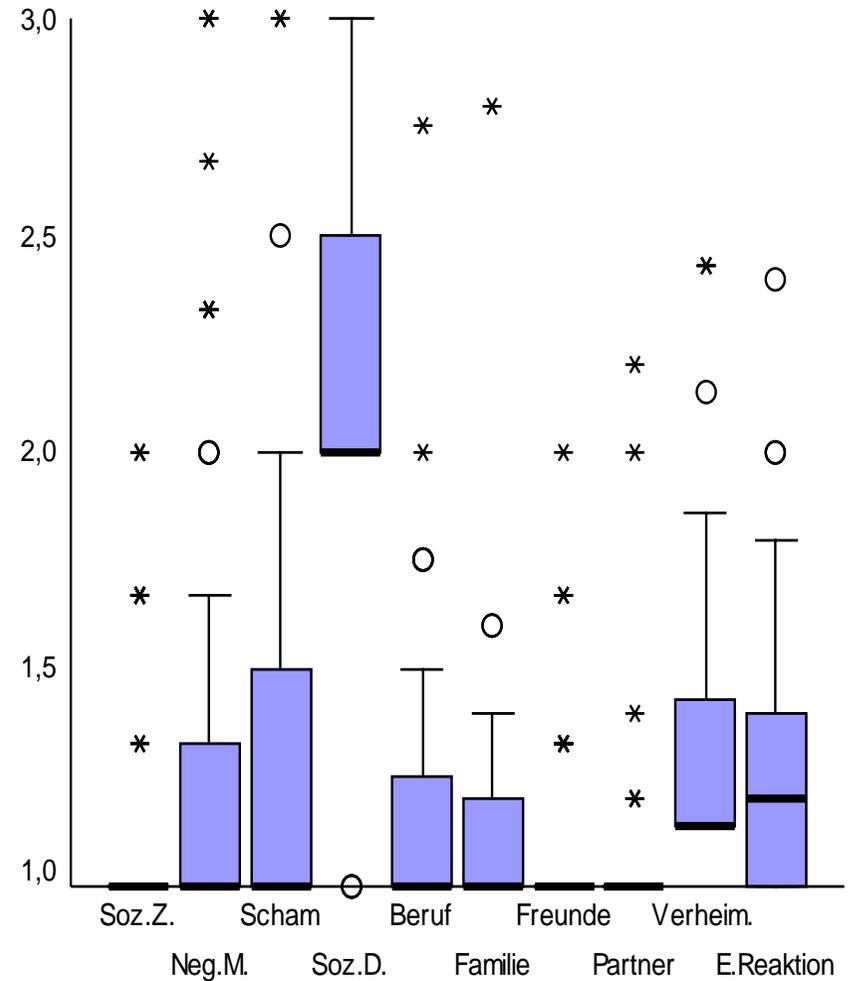
O Ausreißer: Fälle mit Werten, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind. Die Boxlänge entspricht dem Interquartilbereich.

* Extremwert: Fälle mit Werten, die mehr als 3 Balkenlängen von der oberen oder unteren Kante des Balkens entfernt sind. Die Boxlänge entspricht dem Interquartilbereich.

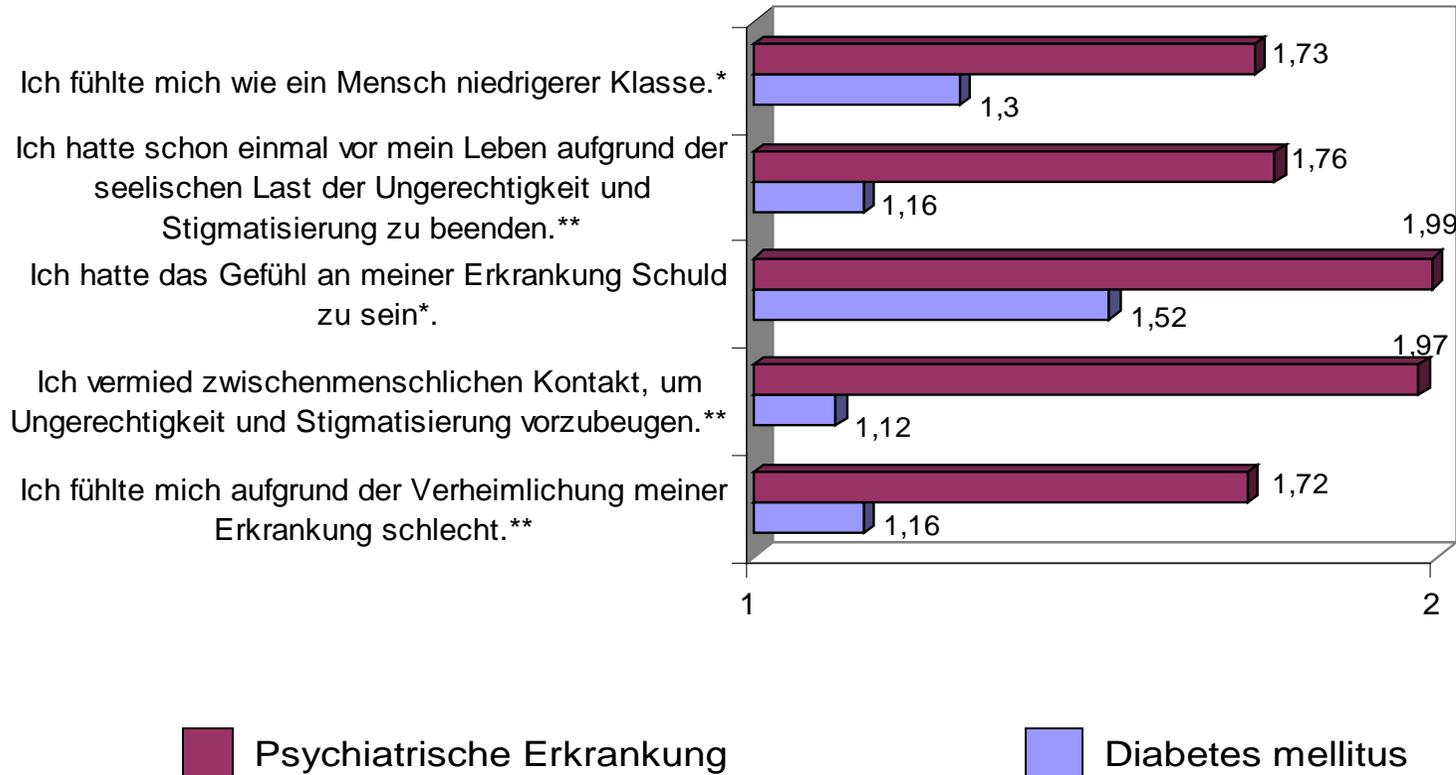
Boxplot der Stigmascores der Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung



Boxplot der Stigmascores der Patienten mit Diabetes mellitus



Stigmascores im Bereich emotionale Reaktion auf Stigmatisierung



* p - Wert $\leq 0,05$ (Chi-Quadrat- Test nach Pearson)

** p - Wert $\leq 0,001$ (Chi-Quadrat- Test nach Pearson)

Überblick der Ergebnisse der Subanalyse bei Patienten mit Schizophrenie

- weibliche Patientinnen berichteten häufiger von negativen Bemerkungen des Partners bei einem Rückfall
- Patienten mit regelmäßigen sozialen Kontakten zu Freunden gaben öfter an Angst davor zu haben, anderen von der Erkrankung zu erzählen
- keiner der Patienten, die an Selbsthilfegruppen teilnahmen, fühlte sich aufgrund der Erkrankung minderwertig
- Medikamentennebenwirkungen führen zu verstärktem Stigmaempfinden durch



Negative Berichterstattung der Medien

Arbeitgeber

Distanzierung der Freunde

Minderwertigkeitsgefühle

Die Tatsache häufiger für aggressiv gehalten zu werden

BEHANDLUNG (I)

Orientiert sich am Krankheitsverlauf

- Frühintervention
- Ersterkrankung
- Rückfallverhütung
- Langzeittherapie

An der Response (Therapieansprechen)

An der Compliance

Die Rückfallwahrscheinlichkeit und der weitere Verlauf hängen stark von der Behandlung(sbereitschaft) ab!

BEHANDLUNG (II)

Die Therapie besteht in der Regel aus mehreren **Bausteinen**

Pharmakotherapie (Antipsychotika)

Psychotherapie

Soziotherapie

PROGNOSE

Zu einer ungünstigen Verlaufsprognose tragen bei

- > Früher, schleichender Erkrankungsbeginn
- > Initial vorherrschende Negativsymptomatik
- > Soziale Isolation
- > Schlechte Anpassung und berufliche Desintegration bereits vor dem Ausbruch der Erkrankung
- > Notwendigkeit häufiger und längerer stationärer Aufenthalte bereits in den ersten Stadien der Erkrankung
- > und **Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, Nikotin)**

BEGLEITERKRANKUNGEN und LEBENSERWARTUNG

Psychische Begleiterkrankungen

Hohe Komorbidität mit Suchterkrankungen
(79-90 % Nikotinabhängigkeit, bis zu 50 % Alkohol- oder
Tabletten-missbrauch oder -abhängigkeit, 20-40% illegale
Rauschmittel) und Depressionen

Körperliche Begleiterkrankungen

Bis zu 80% behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen
bei stationär behandelten Patienten

Bis zu 40% bei ambulanten Patienten

In knapp 50% verschlechtern sie den psychischen Zustand

Sterberisiko erhöht

Hohe Selbsttötungsrate von 10–15%

Hohes Risiko für kardiovaskuläre und metabolische
Erkrankungen

Exkurs: Suizid und Suizidversuche bei Schizophrenie

LEBENSZEITPRÄVALENZ

Metaanalysen zur Suizidrate bei Schizophrenie (Auswahl)

Miles (1977), J Nerv Ment Dis: 36 Studien, Suizidrate 10 %

Caldwell & Gottesman (1990), Schizophr Res: Suizidrate 10,8 (Tsuang)
- 12,1% (Bleuler)

Palmer et al. (2005), JAMA Psychiatry: 61 Studien, davon 29 Studien Ersterkrankung. Kalkulierte Lebenszeit-Suizidrate 5,6 % (3,7-8,5%, 95%-Konfidenzintervall) bei Beobachtung von der Ersterkrankung an, 4,9 % für alle Patienten.

Hor & Taylor (2010), J Psychopharmacol: 51 Studien seit 2004, Lebenszeit-Suizidrate 5 %

Häufigkeiten//

Suizidversuche

- Knapp die Hälfte schizophrener Patienten machen im Erkrankungsverlauf einen Suizidversuch (Bolton et al., Clin Psychol Rev 2007), häufig mit „harten“ Methoden wie Strangulation (Hunt et al., J Psychiatr Pract 2006) oder Sprung aus der Höhe (Nielsen et al., Aust NZJ Psychiatry 2010)
- Suizidversuchsrisiko bei Ersterkrankten innerhalb von 5 Jahren liegt in einer Studie bei 18% (Clarke et al., Schizophr Res, 2006)
- Suizidale Handlungen finden bereits im Vorfeld der Ersterkrankung statt (10%-28%), (Harvey et al., Brit J Psychiatry 2008, Robinson et al., Aust NZJ Psychiatry 2009, Bakst et al., Schizophr Bull 2009); Unbehandelte haben besonders hohes Risiko (Barrett et al., Schizophr Res 2010, Melle et al., Am J Psychiatry 2006, Melle et al., Arch Suicide Res 2010)

Suizide

- Lebenszeitrisiko für Suizid schizophrener Patienten liegt bei 2-5 % (Palmer et al., Arch Gen Psychiatry 2005, Dutta et al., Arch Gen Psych 2010)
- Suizidrisiko bei Ersterkrankten innerhalb der ersten 5 Jahre liegt in einer Studie bei 3% (Clarke et al., Schizophr Res, 2006)

Internalisierte Stigmatisierung (Sharaf et al., 2012)

1516

A.Y. Sharaf et al. / International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 1512–1520

Table 1

Means, standard deviations, and intercorrelations among key variables.

Variables	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Suicide risk	69.88	20.52	–	.55**	.79**	.78**
2. Insight	7.57	3.20		–	.59**	.61**
3. Internalized stigma	66.79	19.98			–	.74**
4. Depression	2.99	1.58				–

** $p < .001$.

Internalisierte Stigmatisierung (Sharaf et al., 2012)

Table 2
Hierarchical multiple regression analysis testing independent and interaction effects of insight and internalized stigma on suicide risk.

Predictors	Model 1		Model 2			Model 3	
	<i>B</i>	<i>SEB</i>	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β^a	<i>B</i>	<i>SEB</i>
Insight	.75*	.34	-.10	.32	-.02	-.23	.34
Internalized stigma	.75**	.05	.47**	.06	.45	.48**	.06
Age			-.18	.12	-.06	-.17	.12
Employment (1 = unemployed, 0 = employed)			3.40	1.76	.08	3.44	1.76
Income			3.10*	1.68	.09	4.13	1.68
Previous history of suicide ideation (1 = yes, 0 = no)			1.23	1.91	.03	1.11	1.91
Previous history of suicide attempt(s) (1 = yes, 0 = no)			2.56	2.12	.05	2.95	2.14
Depression			4.97**	.78	.38	4.99**	.78
Insight \times internalized stigma						-.02	.01
R^2	.64**		.74**			.74	

Note: Values in parentheses are codes of dummy variables.

^a Standardized regression coefficients (β) are shown for Model 2 only.

* $p < .05$.

** $p < .001$.

Schlussfolgerung: Internalisierte Stigmatisierung bzw. Depression prädizieren unabhängig voneinander ein erhöhtes Suizidrisiko.

Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study

Roberto Brugnoli¹, Diego Novick², Josep Maria Haro³, Andrea Rossi⁴, Marco Bortolomasi⁵, Sonia Frediani⁴ and Giuseppe Borgherini^{6,7*}

Abstract

Background: To identify risk factors for suicide using data from a large, 3-year, multinational follow-up study of schizophrenia (SOHO study).

Methods: Baseline characteristics of 8,871 adult patients with schizophrenia were included in a logistic regression post-hoc analysis comparing patients who attempted and/or committed suicide during the study with those who did not.

Results: 384 (4.3%) patients attempted or committed suicide. Completed suicides were 27 (0.3%). The significant risk factors for suicide behaviors were previous suicidality, depressive symptoms, prolactin-related adverse events, male gender and history of hospitalization for schizophrenia.

Conclusions: In view of the observational design of the study and the post-hoc nature of the analysis, the identified risk factors should be confirmed by ad-hoc specifically designed studies.

Keywords: Suicide, Schizophrenia, Observational study

Table 2 Logistic regression model for factors associated to suicide behaviors (attempts or completed suicide) over the follow-up period

	OR (95% CI)	p value
Age	0.995 (0.985, 1.005)	0.3418
Sex, male	1.614 (1.203, 2.166)	0.0014
CGI-SCH depressive symptoms	1.158 (1.058, 1.268)	0.0015
Hospital admission for schizophrenia	1.38 (1.08, 1.763)	0.0099
Suicide attempts in previous 6 months (1 versus 0)	2.083 (1.462, 2.968)	<.0001
Suicide attempts in previous 6 months (2 or more versus 0)	3.719 (1.852, 7.466)	0.0002
Suicide attempts ever (1 versus 0)	2.35 (1.696, 3.255)	<.0001
Suicide attempts ever (2 or more versus 0)	5.223 (3.913, 6.971)	<.0001
Prolactin-related side effects	2.019 (1.391, 2.929)	0.0002
Complies with medication (always versus never)	0.823 (0.496, 1.366)	0.4514

CGI-SCH: Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale.

Erhöhtes Suizidrisiko in der 2. Lebenshälfte 50+

(Erlangsen et al. 2012)

- Analyse aller Menschen 50+ in Dänemark von 1996-2006 (2,9 Mio.)
- 248 Suizide schizophrener Patienten
- gegenüber der nicht-schizophrenen Population Risikoverhältnis bei Männern 7,0 (n=115), bei Frauen 13,7 (n=109)
- bei höherem Lebensalter 70+ bei Männern 2,1 (n=10), bei Frauen 3,4 (n=14)
- Suizidraten zwischen 50+ und 70 bei schizophrenen Männern und Frauen fast gleich (217 bzw. 218/100.000), in der Normalpopulation hingegen m/w 31/15 pro 100.000
- adjustierte Prädiktoren: größere Zahl von Hospitalisierungen, kürzliche Aufnahme (Männer), kürzliche Entlassung, frühere Suizidversuche, Komorbidität mit affektiver Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch (Frauen)

Zusammenfassung Prädiktoren//

Allgemeine Risikofaktoren (wie Bevölkerung)

- Männliches Geschlecht, Substanzmissbrauch, Alleinlebend, Depression, Hoffnungslosigkeit, Frühere Suizidgedanken / Suizidversuche

Spezifische Risikofaktoren bei schizophrenen Psychosen

- Längere Dauer der unbehandelten Erkrankung, Schwere des Erkrankungsverlaufs, Zwangseinweisung
- Erhöhte Depressivität assoziiert mit paranoiden Symptomen (Candido & Romney, 2002)
- Nonadherence (Tiihonen et al., 2006)
- Höhere Krankheitseinsicht per se eher kein Prädiktor (Lopez-Morinigo, 2012)
- Anomale subjektive Selbstwahrnehmung („self disorders“)
- Internalisierte Stigmatisierung (Sharaf et al., 2012)
- Postpsychotische Phase unmittelbar nach Behandlung (Pompili et al., 2008)
- Schizophrenie erhöht bei Menschen zwischen 50 und 70 Jahren das Suizidrisiko deutlich (Erlangsen et al., 2011)

Schlussfolgerungen / Empfehlungen

Familiäre Vorgeschichte von Alkoholabusus, Depression, Suiziden

Alleinlebend
Frühere Suizidversuche / Suizidalität

Anomale subjektive Selbstwahrnehmung

(postpsychotische) Depression

Internalisierte Stigmatisierung

Langjähriger Verlauf, Alter 50+, insbesondere auch w

Prodromalphase

Suizidale Handlungen
10-28 %

Ersterkrankung und Folgejahre

Suizide ca. 3 %

Langzeitverlauf

Suizide ca. 2 %

- Möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung der schizophrenen Erkrankung
- verstärkte psychosoziale Unterstützung bei erhöhtem Risiko

- Engmaschiges Monitoring nach Ersterkrankung und nach Akutbehandlung - ggf. aufsuchende Behandlung
- Depressive Verstimmungen?
- Überprüfung der Medikation / Clozapin?
- psychotherapeutische Bearbeitung möglicher stigmatisierender Faktoren, ggf. auch unter Einbezug der Angehörigen

- Schaffung geeigneter sozialer und psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen auch für Langzeitpatienten

PSYCHOSOZIALE FOLGEN

- **Psychische Folgen**
hohe psychische Belastung (auch für Angehörige)
Störungen der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit
Kognitive Leistungseinschränkungen
Einschränkungen in der Selbstversorgung +
Bewältigung alltäglicher Aufgaben
- **Störungen der sozialen Rollenerfüllung**
häufige Frühberentung in deutlich jüngerem Alter als andere,
die aus Gesundheitsgründen früh berentet werden
hohe Arbeitslosenrate
Unterstützungsbedarf durch Herkunftsfamilie
- **Soziale Integration** wird durch Funktionseinschränkungen,
aber auch durch Stigmatisierung und Diskriminierung behindert

KOSTEN

Schizophrene Psychosen gelten als die kostenintensivste psychische Erkrankung

Beanspruchen 50% der Mittel für psychiatrische Versorgungsleistungen

a) direkte medizinische und rehabilitativ-soziale Versorgungskosten:

Machen nur 20-30% der Kosten für Schizophrenie aus
- ca. 3,5 Milliarden Euro pro Jahr

b) indirekte Kosten

(v.a. frühe Ausgliederung aus dem Erwerbsleben, aber auch finanzielle Sekundärbelastung von Angehörigen) sind ca. 4-mal höher als die direkten Kosten

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Schizophrene Psychosen



A. Klimke