








## B-4.22

## B-4.22 Verlaufstypologie der Schizophrenie nach Bleuler

## I. einfache Verläufe

- |  |  |
|--|--|
| 1. akut zu schweren chronischen Zuständen<br>(kommt kaum noch vor) |          |
| 2. chronisch zu schweren chronischen Zuständen                     | 5–10 %   |
| 3. akut zu leichteren chronischen Zuständen                        | um 5 %   |
| 4. chronisch zu leichteren chronischen Zuständen                   | 15–25 %  |

## II. wellenförmige Verläufe

- |   |               |  |
|---|---------------|--|
| 5. wellenförmig zu schweren chronischen Zuständen | kaum über 5 % |  |
| 6. wellenförmig zu leichten chronischen Zuständen | 20–25 %       |  |
| 7. Heilung nach wellenförmigem Verlauf            | 35–40 %       |  |

## III. andere Verläufe um 5 %

Nach akuten Erkrankungsepisoden können **postpsychotische Depressionen** bzw. **postremissive Erschöpfungszustände** auftreten.

Aufgrund umfangreicher Katamneseuntersuchungen ist die **Vielgestaltigkeit des Verlaufs schizophrener Erkrankungen bekannt**. M. Bleuler unterscheidet z. B. mehr als 10 Verlaufstypen (Abb. B-4.22, Tab. B-4.9).

Die Negativsymptomatik der Residualzustände ist von sog. „**postremissiven Zuständen**“ abzugrenzen, die z. B. als **postpsychotische Depression** oder **postpsychotischer Erschöpfungszustand** benannt werden. Sie treten nach dem Abklingen einer akuten Manifestation auf, können über Wochen oder Monate bestehen, klingen dann aber im Gegensatz zum chronischen Residuum ab. Das psychopathologische Bild ist geprägt durch leichte Erschöpfbarkeit, Antriebsmangel, depressive Verstimmung, hypochondrische Beschwerden, Konzentrationsstörungen u. a. Es ist weitgehend unklar, ob dieser Zustand morbogen, psychogen oder pharmakogen verursacht ist. Wahrscheinlich wirken im Einzelfall verschiedene Faktoren in unterschiedlicher Weise zusammen.

Aufgrund umfangreicher Katamneseuntersuchungen ist die **Vielgestaltigkeit des Verlaufs schizophrener Erkrankungen bekannt**. Manfred Bleuler unterscheidet z. B. mehr als 10 Verlaufstypen (Abb. B-4.22). Diese und ähnliche Verlaufstypologien sind auf der Basis von Langzeitkatamnesen entstanden, die über 20–40 Jahre nach Ersterkrankung des Patienten durchgeführt wurden. Mittellange Katamnesen (z. B. 5-Jahres-Katamnesen) verwenden meist eine einfachere Verlaufstypologie (Tab. B-4.9).

## B-4.9

## B-4.9 Kriterien für Schizophrenie: Verlaufsklassifikation nach ICD-10

- kontinuierlich (keine Symptomremission im Beobachtungszeitraum; F20.x0)
- episodisch mit zunehmender Entwicklung „negativer“ Symptome in den Krankheitsintervallen (F20.x1)
- Episoden mit anhaltenden, aber nicht zunehmenden „negativen“ Symptomen in den Krankheitsintervallen (F20.x2)
- episodisch (remittierend), mit vollständiger oder praktisch vollständiger Remission zwischen den psychotischen Episoden (F20.x3)
- unvollständige Remission (F20.x4)
- vollständige Remission (F20.x5)
- sonstiger Verlauf (F20.x8)
- Verlauf unsicher, Beobachtungszeitraum weniger als 1 Jahr (F20.x9)

### B-4.10 Übersicht über wichtige Prognosemerkmale

Parameter	eher günstige Prognose	eher ungünstige Prognose
<b>allgemeine Faktoren</b>		
■ Geschlecht	weiblich	männlich
■ Herkunftsschicht	hoch	niedrig
■ prämorbid Persönlichkeitsstörung	nein	ja
■ hereditäre Belastung	nein	ja
■ Alter bei Erstmanifestation	älter	jünger
■ Dauer der unbehandelten Psychose	kurz	lang
<b>psychopathologische Faktoren</b>		
■ Beginn mit negativer Symptomatik	nein	ja
■ Beginn mit hebefrener Symptomatik	nein	ja
■ Wahn bei Entlassung	nein	ja
■ paranoider Typ	ja	nein
■ psychiatrische Komorbidität, z. B. Sucht	nicht vorhanden	vorhanden
<b>soziale Faktoren</b>		
■ prämorbid soziale Anpassung	gut	schlecht
■ Familienstand	verheiratet	ledig
■ feste partnerschaftliche Verbindung	vorhanden	nicht vorhanden
<b>Verlaufsaspekte</b>		
■ längeres prodromales Syndrom	nicht vorhanden	vorhanden
■ Art des Beginns	akut	schleichend
■ Situation Auslösung der Erstmanifestation	vorhanden	nicht vorhanden
■ ungünstiger Zustand bei Entlassung nach Ersthospitalisation	nicht vorhanden	vorhanden

Unter den heutigen Behandlungsmöglichkeiten ist die Prognose der Erkrankung wesentlich günstiger als es Kraepelin bei der Beschreibung der Dementia praecox fand. Insbesondere sehr maligne Verläufe treten heute kaum noch auf. Der Großteil der Patienten kann heute innerhalb der Gesellschaft leben, ohne die früher oft dauerhafte Unterbringung in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Allerdings haben auch heute noch mehr als 50 % der Betroffenen einen ungünstigen Verlauf mit Rezidiven und Residualsymptomatik sowie erheblichen Störungen der sozialen Integration. So absolvieren ca. 30 % keine Berufsausbildung, 50 % sind bereits mit 40 Jahren berentet. Die Lebenserwartung gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist um 20 %, d. h. 15 Jahre erniedrigt – neben Suiziden hauptsächlich wegen kardiovaskulären Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Diabetes).

In vielen Katamneseuntersuchungen konnte eine Reihe **prognostisch relevanter Merkmale** für die Langzeitprognose gefunden werden (Tab. B-4.10). Im Einzelfall sind diese Merkmale jedoch nur beschränkt aussagefähig. Auch bei Zusammenfassung mehrerer Prädiktoren in einem Prognose-Score kommt man nur zu einer gruppenbezogenen Differenzierung, nicht jedoch zu einer ausreichend treffsicheren Einzelfallprognose. Als grobe klinische Faustregel gilt unter anderem: **Je akuter der Beginn und je deutlicher situative Auslöser, desto günstiger die Prognose.** In den letzten Jahren wurde insbesondere eine längere Dauer als besonders wichtiger Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf herausgearbeitet. Darauf basierend gibt es weltweit Bemühungen um eine Frühdiagnose und Frühbehandlung der schizophrenen Erkrankung.

## 4.6 Komorbidität

Bei Schizophrenen finden sich gehäuft **Abhängigkeitserkrankungen** im Sinne von Nikotin-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit. Auch Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen sind häufig. Die Therapie muss entsprechend komplex gestaltet werden. Das heißt, dass z. B. schizophrene Patienten mit Alkoholismus nicht nur eine Therapie der Schizophrenie benötigen, sondern auch eine alkoholismusspezifische Behandlung. Stationen für sog. „Doppel-Diagnose“-Patienten versuchen, dieser Behandlungskomplexität besonders Rechnung zu tragen.

Unter den heutigen Möglichkeiten mit Neuroleptika und verbesserten psychosozialen Therapiemaßnahmen hat sich die Gesamtprognose dieser Erkrankungen wesentlich gebessert. Mehr als 50 % haben aber einen ungünstigen Verlauf mit Rezidiven und Residualsymptomatik.

Obwohl eine Reihe von **Prognosemerkmalen** bekannt sind (Tab. B-4.10), lässt sich der Verlauf im Einzelfall nicht mit Sicherheit vorher-sagen.

Faustregel: **Je akuter der Beginn, je deutlicher situative Auslöser, desto günstiger die Prognose.**

### 4.6 Komorbidität

Bei Schizophrenen finden sich gehäuft **Abhängigkeitserkrankungen** (Nikotin, Alkohol, Drogen). Auch Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen sind häufig.