



Roder • Brenner • Müller

7. Auflage

Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

2 Epidemiologie und Komorbidität

Die Forschung zu Verbreitung und Verlauf von Schizophrenieerkrankungen gilt als eines der Hauptgebiete der psychiatrischen Epidemiologie des letzten Jahrhunderts (Häfner, 2000a). Obschon methodische und diagnostische Schwierigkeiten weiterhin bestehen (z. B. fehlende Validität des Schizophreniekonstrukts), ergeben neuere epidemiologische Studien eine relativ einheitliche Ergebnislage. Das folgende Kapitel bietet einen Überblick zur Epidemiologie und zu möglichen differenziellen Ausprägungen, als auch zu komorbiden Störungen, die mit dieser Erkrankung einhergehen können.

2.1 Verbreitung

Bis zu 1% Betroffene. Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) von Menschen mit schizophrenen Psychosen liegt zwischen 0,5 und 1%. Die Lebenszeitprävalenz wird relativ konstant mit 1% bis zum Alter von 60 Jahren angegeben (vgl. hierzu z. B. Häfner, 2000b; Jablensky, 2000). Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016, in Charlson et al., in Press) leiden damit aktuell weltweit mehr als 21 Millionen Menschen an einer Schizophrenieerkrankung. Schizophrenie rangiert somit neben Depression, Alkoholismus und Epilepsie unter den häufigsten Ursachen für Funktionseinschränkungen im Lebenszyklus (Mathers et al., 2004). Die stärksten Behinderungen sind bei Akuter Schizophrenie und Multipler Sklerose zu verzeichnen (Salomon et al., 2012). Laut einer amerikanischen statistischen Hochrechnung, die direkte und indirekte Kosten der Schizophreniebehandlung in den USA einbezog, ergibt sich eine finanzielle Belastung von ca. 155 Milliarden US-Dollar für das Jahr 2013 (Cloutier et al., 2016).

Neuerkrankungen. Die Häufigkeit von Neuerkrankungen pro Jahr (Jahresinzidenz) liegt aufgrund der Ergebnisse größerer epidemiologischer Studien, wie z. B. der WHO Determinants of Outcome-Studie (Sartorius et al., 1986; Jablensky et al., 1992) oder der deutschen ABC-Schizophreniestudie (Häfner et al., 1993) zwischen 1 und 4 pro 10 000 Einwohner, also bei etwa 0,05%. Neuere Ergebnisse zeigen leicht erhöhte Zahlen: Jongasma et al. (2018) berichten von 21,4 Betroffenen pro 100 000 Einwohner. Die Frage nach der Veränderung der Inzidenz über die letzten Jahrzehnte wird kontrovers diskutiert. Obwohl einige Studien Hinweise auf eine Abnahme des Auftretens von Schizophrenie geben, kommt Häfner (2000b) zu dem Schluss, dass sich unter Berücksichtigung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung die Inzidenzraten in jüngster Zeit nicht wesentlich verändert haben.

Verbreitung und sozioökonomischer Status. Entgegen der ursprünglichen Ansicht, dass die Inzidenzrate der Schizophrenie weltweit nicht unterschiedlich ist, zeigen neuere

Forschungsergebnisse höhere Raten in Migrationspopulationen oder städtischen Gebieten (Jongsma et al., 2018; McGrath, 2006). Demnach scheint es gewisse kulturelle Nuancierungen bezüglich der Symptome, des Verlaufs und des Outcomes zu geben (s. Kap. 3; Myers, 2011).

Ersterkrankungen meist früh. Wie anhand einer Stichprobe der ABC-Schizophreniestudie (an der Heiden & Häfner, 2000) gezeigt wurde, erfolgt in den meisten Fällen der Krankheitsausbruch in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter (in 77% der Fälle vor dem 30., in 41% vor dem 20. Lebensjahr), also während eines Lebensabschnitts, in dem bedeutsame Aspekte von sozialer Integration und beruflicher Entwicklung vollzogen werden. Dementsprechend hängt das Erkrankungsalter mit schlechteren Prognosen bezüglich des Langzeitverlaufs und stärkeren Beeinträchtigungen der sozialer Kompetenzen zusammen (Ochoa et al., 2006).

Geschlechtsunterschiede. Die Inzidenzrate nimmt insgesamt nach dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ab. Hingegen zeigt sich hier ein geschlechtsspezifischer Unterschied mit einer höchsten Erkrankungshäufigkeit bei Männern zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr und einer Häufigkeitsspitze bei Frauen zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr. Spätschizophrenien sind bei Frauen zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr häufiger (Eranti et al., 2013; Häfner, 2015). Die Häufigkeit der Ersterkrankungen und die Schwere der Symptomatik bei Männern nehmen kontinuierlich ab (Häfner, 2015). Bei Frauen zeigt sich in der Menopause ein zweiter Häufigkeitsanstieg. Diese Differenzen sind nicht kulturabhängig und lassen sich in diversen ethnischen Gruppen finden. Es zeigt sich jedoch klar, dass Männer und Frauen nicht gleichhäufig von der Schizophrenie betroffen sind. Gemäß den Erhebungen der WHO sind gesamthaft 12 Millionen Männer und 9 Millionen Frauen erkrankt (WHO, 2016). McGrath (2009) erwähnt eine »Male to Female Rate Ratio« von 1,4:1; somit kommen auf drei betroffene Männer zwei betroffene Frauen. Im Verlauf der Erkrankung weisen Frauen im Vergleich zu Männern vermehrt depressive und weniger negative Symptome auf (Abel et al., 2010).

2.2 Verlauf

Prodromalphase. Nach Häfner (2015) geht der ersten psychotischen Episode bei 75% der Ersterkrankungen eine Prodromalphase von durchschnittlich fünf Jahren voraus. Diese Phase ist vorwiegend gekennzeichnet durch depressive und negative Symptome, zunehmenden sozialen Rückzug, Interessenverlust, emotionale Empfindsamkeit, Anspanntheit und seltsame Verhaltensweisen bis hin zu streitsüchtigem, oppositionellem Verhalten. Vom ersten Auftreten positiver Symptome bis zum Höhepunkt der ersten Episode vergeht schließlich etwa ein Jahr (Tandon et al., 2009).

Hochrisikopatienten (Ultra-High Risk, UHR). Die Früherkennung von Psychosen wird für Kliniker, aber auch aus ökonomischer Sicht immer wichtiger, da sich frühzeitige professionelle Hilfs- und Therapieangebote (psychologische und/oder medikamentöse) günstig auf den Verlauf auswirken dürften (Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter

& Schimmelmann, 2012). Gemäß Yung et al. (2004, 2008) sind eine positive Familiengeschichte für Psychosen, Funktionseinschränkungen oder das Vorhandensein von niederschweligen und prodromalen Symptomen Risikofaktoren für den Ausbruch einer Psychose in den folgenden Monaten oder Jahren.

Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse von Fusar-Poli et al. (2012) entwickelten nach einer zwölf-monatigen Katamnese 18%, nach 24 Monaten 22% und nach 36 Monaten 36% der Hochrisikopatienten eine Psychose (s. auch Livny et al., 2018). Damit erhöhte sich das Psychoserisiko dieser UHR-Gruppe über den Zeitverlauf kontinuierlich. Zudem zeigten sich kognitive Schwierigkeiten bereits bei Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko vor den ersten Symptomauffälligkeiten bzw. der Ersterkrankung (Bora & Murray, 2014). Dazu zählen neben den neurokognitiven Funktionen auch die sozialen Kognitionen (Carrion et al., 2011; Thompson et al., 2013). Mit gezielten Frühinterventionen in diesen Bereichen lässt sich das Risiko einer Psychose verringern. (Schmidt et al., 2014; Wessels et al., 2017; Fusar-Poli et al., 2017). **Langzeitverlauf.** Im Vergleich zu affektiven oder schizoaffektiven Störungen weisen Schizophrenien schlechtere Langzeitverläufe auf (Lang et al., 2013). Die Resultate von älteren retrospektiven Studien zeigten, dass der weitere Verlauf nach der ersten Krankheitsmanifestation recht heterogen ist und verschiedene unterschiedliche Formen annehmen kann (Bleuler, 1972; Ciompi & Müller, 1976; Huber et al., 1979; Lang et al., 2013). Verschiedene Langzeitstudien (Watt et al., 1983; Sheperd et al., 1989) unterteilten die Verlaufsformen in vier Gruppen. Nach dieser vereinfachenden Einteilung kommt es bei rund 22% der Erkrankten nach einer einmaligen schizophrenen Episode zu einer vollständigen und überdauernden Remission. Bei etwa 35% der Patienten folgen im Verlaufe des Lebens mehrere Krankheitsmanifestationen in Form von akuten Episoden, jedoch mit Remissionen zwischen diesen Krankheitsphasen. Bei den letzten beiden Gruppen sind die Perioden zwischen mehreren akuten Episoden von Residualzuständen geprägt. Davon nimmt bei etwa 38% dieser Patienten die residuale Negativsymptomatik nach jeder akuten Episode noch zu, mit der Folge einer fortschreitenden Verschlechterung des Funktionsniveaus und weiteren sozialen Einschränkung (s. hierzu auch Menezes et al., 2006; Morgan et al., 2014).

Gemäß prospektiven Studien der Weltgesundheitsorganisation, wie z. B. der Mannheimer Verlaufsstudie, die über einen Zeitraum von 14 Jahren angelegt war (an der Heiden et al., 1995; an der Heiden, 1996), kommt es bei rund 80% der Erkrankten zu Rückfällen, jedoch in den meisten Fällen über die Zeit hinweg nicht zu einer fortschreitenden Chronifizierung, sondern zu einem relativ stabilen Schweregrad der Beeinträchtigung. Bei einer Subgruppe (einer von sechs Betroffenen) manifestiert sich eine Symptomprogression bis hin zur Behandlungsresistenz (Emsley et al., 2013). Ein Drittel der Untersuchten der Mannheimer Kohorte hatte am Ende des Untersuchungszeitraumes keinen qualifizierten beruflichen Abschluss, knapp ein Drittel ging einer beruflichen Tätigkeit nach und insgesamt 64% der Patienten waren langzeitarbeitslos oder in Rente. Die soziale Behinderung stieg besonders bezüglich Freizeitaktivitäten, Kommunikation, sozialem Rückzug und Isolation an. Hingegen

konnte keine signifikante Tendenz einer Zunahme produktiv-psychotischer Symptome beobachtet werden.

Es zeigt sich auch, dass eine Frühmanifestation im Kindes- und Jugendalter eher zu einer schlechteren Langzeitprognose führt (Clemmensen et al., 2012). Bemerkenswert scheint an dieser Stelle auch, den Verlauf im Hinblick auf das Recovery-Konzept zu erwähnen; dieses wird inhaltlich in Kapitel 3 genauer erwähnt. Remission und Recovery werden im Verlauf häufiger erzielt als ursprünglich vermutet (Lally et al., 2017). In einer neueren Metaanalyse über 50 Studien (Jääskeläinen et al., 2013) zeigte einer von sieben Betroffenen vollständiges Recovery (u. a. vollständige Symptomremission sowie ein Wiedererlangen des persönlichen und sozialen Funktionsniveaus).

Wird der Fokus primär auf persistierende Positiv- und Negativsymptome gelegt, zeigt sich in einer internationalen Studie mit 1379 ambulanten Patienten in acht Ländern, dass 61,6% persistierende Positiv- und Negativsymptome aufweisen, und zwar für eine durchschnittliche Dauer von neun Jahren (Haro et al., 2015). 86% dieser Patienten wiesen eine Symptomausprägung auf, welche die Remissionskriterien nach Andreasen (2006) verfehlten und folglich klinisch relevant waren.

Mortalität. Im Vergleich zu der Normalpopulation ist das Mortalitätsrisiko von schizophren Erkrankten erhöht, was mit einer Vielzahl an biologischen und Umweltfaktoren zusammenhängt (z. B. erhöhter Nikotinkonsum, Nebenwirkungen der Medikation etc.; Laursen et al., 2014; Tandon et al., 2009). Suizid zählt zu den häufigsten Todesursachen bei Schizophrenie. Das Suizidrisiko ist in den ersten zehn bis zwölf Jahren der Erkrankung am höchsten (Jobe & Harrow, 2005).

Positiver Langzeitverlauf häufiger als angenommen. In einer Studie der Weltgesundheitsorganisation wurden in 14 Ländern und anhand verschiedener Kohorten die Krankheitsverläufe von insgesamt 1633 schizophren Erkrankten über 15 und 25 Jahre hinweg erhoben. Die zusammenfassende Schlussfolgerung der Autoren aus dieser Studie lautet, dass, entgegen der früher vorherrschenden, eher pessimistischen Prognose, bei einem bedeutenden Anteil schizophren Erkrankter von einem positiven Spätverlauf ausgegangen werden kann (Harrison et al., 2001). Der Anteil von schizophren Erkrankten mit einem positiven Langzeitverlauf scheint mit etwa 50% höher zu liegen als bisher angenommen. Diese Ergebnisse wurden von der aktuellen AESOP-10-Studie mit 557 Ersterkrankten bestätigt (Morgan et al., 2014). Obwohl nach wie vor lediglich ein kleiner Teil der Erkrankten im späteren Verlauf ohne jegliche Form von Behandlung auszukommen scheint, zeigen die Resultate der WHO-Studie, dass es selbst nach jahrelanger Krankheit noch zu einer Remission, einer Wiederaufnahme des Berufes und einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft kommen kann. Dieses Ergebnis mag auch die entscheidenden Verbesserungen in der integrativen medikamentösen und psychosozialen Behandlung bei schizophren Erkrankten während der letzten Jahrzehnte widerspiegeln. In derselben Studie erwies sich zudem der Verlauf während der ersten zwei Jahre nach Krankheitsausbruch als bester Prädiktor für den längerfristigen Verlauf der Erkrankung.

Dies wiederum könnte die Wichtigkeit einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung der Erkrankung für deren positiven Verlauf unterstreichen. Schließlich liegen

auch zahlreiche Studien zur positiven Wirkung einer Aufrechterhaltung pharmakologischer Interventionen zur Rückfallverhütung vor (Leucht et al., 2011, 2012).

2.3 Komorbiditäten

Depression. Die am meisten erforschte komorbide psychiatrische Störung in Zusammenhang mit Schizophrenie ist die Depression. Innerhalb einer größeren amerikanischen Studie wurden bei ungefähr einem Drittel der Patienten, die an einer Schizophrenieerkrankung leiden, depressive Symptome festgestellt (Siris et al., 2001). Auch hier schwanken jedoch die Prävalenzraten zwischen den Studien zum Teil erheblich, mit einer Variationsbreite von 7 bis 75% (Siris, 1995). Solange keine Positivsymptome vorliegen, erscheint es schwierig, die Prodromalphase einer Schizophrenie von einer Depression zu unterscheiden. Die Forschung versucht derzeit, diese Differenzierung u. a. durch bildgebende Verfahren abzubilden (z. B. unterschiedliche Vorgänge von Belohnungsprozessen; Whitton et al., 2015). Bisher liegen allerdings noch keine signifikanten Ergebnisse vor. Weiterhin gilt die depressive Verstimmung als häufigstes Symptom während des Krankheitsverlaufs der Schizophrenie (Häfner, 2015). Depressive Zustandsbilder können während einer durch Negativsymptome geprägten Krankheitsphase, aber auch als Reaktion auf die Auswirkungen der Erkrankung selbst, in Form einer postschizophrenen Depression auftreten.

Substanzmissbrauch. Schon seit Langem gilt die weite Verbreitung der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzmissbrauch als besondere Herausforderung für Kliniker und das Gesundheitssystem (Mueser et al., 1992). Der Substanzmissbrauch gilt neben der Depression als häufigste Komorbidität der Schizophrenie (Buckley et al., 2009). Wie Untersuchungen zeigen, weisen Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch oft eine geringere Behandlungcompliance, erhöhte Symptombelastung, verringerte Lebensqualität und erhöhte Suizidalität sowie höhere Rückfallraten und Anzahl von Hospitalisationen auf, verglichen mit Patienten ohne gleichzeitig vorliegenden Substanzmissbrauch (Carrà et al., 2016; Schmidt et al., 2011a; Swartz et al., 2006). Obwohl die Verbreitung von Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch bei Patienten mit Schizophrenie, sowohl in Abhängigkeit von Kultur als auch zwischen urbaner und ländlicher Bevölkerung, innerhalb einzelner Länder teilweise stark schwankt, wird die Lebenszeitprävalenz auf bis zu 50% geschätzt (Buckley et al., 2009). Am häufigsten findet sich unter schizophren Erkrankten starker Nikotinkonsum (70%; Brady & Sinha, 2005). Die Komorbidität von Schizophrenie mit Substanzmissbrauch allgemein und mit Cannabiskonsum im Speziellen scheint bei jungen männlichen Patienten mit eher niedrigem Sozialstatus und frühem Krankheitsbeginn am höchsten zu sein. Insbesondere bei jugendlichen Ersterkrankten ist retrospektiv oftmals nur schwer feststellbar, wie der Substanzmissbrauch mit dem Auftreten psychotischer Symptome genau zusammenhängt.

Forschungsarbeiten zu komorbidem Cannabiskonsum zeigen, dass der Missbrauch oft schon vor Auftreten der ersten psychotischen Symptome (prämorbid) vorhanden

ist und in diesem Sinne die Vulnerabilitätsschwelle senken kann. Cannabiskonsum wird auch als Vorläufer einer Schizophrenie gesehen (Barnes et al., 2006). Andererseits kann Cannabiskonsum während der Erkrankungsphase als (dopaminerger) Stressor psychotische Symptome direkt mitverursachen. Schließlich wird Cannabis oft auch erst nach der Erstmanifestation der Krankheit als »Eigenmedikation« konsumiert.

Des Weiteren stehen Studien zum Einfluss des Cannabidiol (CBD) im Zentrum der Forschung (Hahn, 2017). Im Gegensatz zum Tetrahydrocannabinol (THC), welches akute psychotische Zustände und kognitive Defizite hervorruft, geht man davon aus, dass CBD eine antipsychotische Wirkung haben kann und den kognitiven Defiziten des THC entgegenwirkt (Manseau & Goff, 2015). Somit wird es zunehmend als vielversprechende Therapieoption gesehen (Iseger & Bossong, 2015; McGuire et al., 2018). Jedoch ist die Forschungslage hierzu umstritten und es benötigt noch weitere Studien, um u. a. auch das Risiko einer Psychoseentwicklung unter CBD besser einschätzen zu können (Radhakrishnan et al., 2014).

Zwangssymptome. Zwangssymptome treten bei schizophren Erkrankten mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 23% auf (Buckley et al., 2009). Im Vergleich dazu kommen diese in der Restbevölkerung nur bei 3% vor. Auch in diesem Bereich gelangen jedoch einzelne Studien zum Teil zu sehr unterschiedlichen Prävalenzschätzungen (Goff, 1999). Schizophrenie und Zwangsstörung weisen ähnliche Ersterkrankungsalter sowie Geschlechterverteilungen auf. Männer sind beispielsweise früher betroffen als Frauen (Poyurovsky et al., 2012). Neuere Forschungsbemühungen gehen der Frage nach, ob schizophren Erkrankte mit komorbiden Zwangssymptomen einem neuen, speziell abgrenzbaren Subtyp (im Sinne eines Clusters) des heterogenen schizophrenen Spektrums zugeordnet werden können (Poyurovsky et al., 2012). Klarheit scheint über die schlechtere Prognose von Patienten mit komorbiden Zwangssymptomen zu bestehen. Verglichen mit schizophren Erkrankten ohne komorbide Zwangssymptomatik weisen Patienten mit Zwangssymptomen einen früheren Krankheitsbeginn, stärkere soziale Isolation, längere Hospitalisationszeiten, schlechtere Bedingungen im Arbeitsbereich sowie ein allgemein niedrigeres soziales Funktionsniveau auf (Fenton & McGlashan, 1986; Berman et al., 1995; Buckley et al., 2009). Zudem zeigen sich vermehrt depressive Symptome (Rajkumar et al., 2008) und höhere Suizidraten bei schizophren Erkrankten mit komorbiden Zwangssymptomen (Sevincok et al., 2007).

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Das Erleben eines Traumas in der Kindheit stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Schizophrenie, besonders für schwere Symptomatik, dar (Morgan & Fisher, 2007; Aas et al., 2017). Viele Patienten berichten von erlebten Traumata. Die Differenzierung von möglichen PTBS-Symptomen und Psychoseinhalten ist komplexer, was die Diagnosestellung einer komorbiden PTBS erschwert. Dennoch zeigen Untersuchungen, dass durchschnittlich 29% der Schizophreniepatienten die Zweitdiagnose einer PTBS erfüllen (Buckley et al., 2009).