



Erkrankungen des Gehirns

Wenn das Gehirn erkrankt, kann das dazu führen, dass Nervenzellen zugrunde gehen. Bei anderen Erkrankungen funktionieren wiederum die „Schaltkreise“ des Hirns anders, als sie sollten. Beides kann Auswirkungen auf die Hirnfunktion und die Psyche haben.



Rund 450 Millionen Menschen leiden weltweit unter einer Erkrankung des Gehirns. (© Moodboard/Thinkstock)

Das Nervensystem gliedert sich in einen zentralen und einen peripheren Bereich. Die Nervenzellen des Gehirns und des Rückenmarks bilden das zentrale Nervensystem. Nervenzellen in anderen Teilen des Körpers gehören zum peripheren Nervensystem. Beide hängen eng zusammen: Wenn uns jemand über die Wange streichelt, kommt es in den Sinneszellen der Haut zu Reaktionen, die in ein elektrisches Signal übersetzt und über das periphere Nervensystem an Rückenmark und Gehirn weitergeleitet werden. Umgekehrt erreichen elektrische Signale des Gehirns über das Rückenmark und das periphere Nervensystem die Muskeln und setzen dort komplexe Vorgänge in Gang: Die Muskeln ziehen sich zusammen – wir lächeln.

Das menschliche Gehirn hat innerhalb des Nervensystems eine Sonderstellung: Es besteht aus etwa 86 Milliarden Nervenzellen, die untereinander mit hunderten Billionen Verbindungen verknüpft sind. Diese immen-

se Verdrahtung produziert etwas Neues, das über die reine Übertragung von Information hinausgeht. Durch bisher nur ansatzweise verstandene Prozesse entstehen aus elektrischen und biochemischen Signalen jene Phänomene, die wir Bewusstsein und Psyche nennen.



Nervenzellen sind jene Zellen, die den Organismus fast aller Lebewesen „verdrahten“. Denn biologisch betrachtet dienen Nervenzellen in erster Linie der Übertragung von Information. Dies geschieht durch elektrische und biochemische Signale. Die an der Übertragung beteiligten Signalmoleküle werden von Fachleuten „Transmitter“ genannt. Die Gesamtheit aller Nervenzellen im Körper wird als Nervensystem bezeichnet.

Krankheitsbilder mit stark unterschiedlichen Symptomen

Erkrankungen des Gehirns können zu zwei unterschiedlichen Arten von Symptomen führen. Es können einerseits eng umschriebene Hirnfunktionen beeinträchtigt sein, beispielsweise das Gedächtnis oder die Muskelkontrolle. Andererseits kann es Probleme mit den übergeordneten Funktionen geben, mit der Stimmung oder dem Bewusstsein. Die Medizin unterscheidet zwischen neurologischen Symptomen und psychiatrischen Symptomen. In der Praxis ist jedoch hier eine scharfe Trennung oft nicht möglich.

In ihrer Gesamtheit gehören Erkrankungen des Gehirns zu den großen Herausforderungen für Medizin und Gesellschaft. In den Statistiken zu globaler Krankheitslast und vorzeitigen Todesfällen kommen fünf der zehn wichtigsten Krankheiten aus diesem Bereich (WHO). Die Krankheitsbilder und ihre Ursachen sind unterschiedlich. Bei der Alzheimer-Demenz und der Parkinson-Erkrankung gehen Nervenzellen zugrunde, die für das Gedächtnis beziehungsweise die Kontrolle der Muskulatur wichtig sind. Bei der Depression und bei der Schizophrenie dagegen ist die Kommunikation zwischen den Nervenzellen beeinträchtigt. Dies kann zu Stimmungsschwankungen beziehungsweise zu Wahnvorstellungen führen. Bei der Multiplen Sklerose wiederum ist die Weiterleitung von elektrischen Signalen durch die Nervenzellen beeinträchtigt, weil die die Nervenzellfortsätze umgebende Isolierschicht, das sogenannte Myelin, zerstört wird.

Erfahrene Nervenärztinnen und -ärzte können oft vom Muster der Symptome sehr genau auf die zugrundeliegende Erkrankung schließen.

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen



Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) erforscht die Ursachen von Störungen des Nervensystems und entwickelt Strategien zur Prävention, Therapie und Pflege. Dabei kooperiert es eng mit Universitäten, deren Kliniken und außeruniversitären Einrichtungen. Das DZNE ist eines von sechs Zentren der Gesundheitsforschung (DZG), die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung zur Bekämpfung der wichtigsten Volkskrankheiten eingerichtet wurden.

Warum das Gehirn krank wird

Es gibt einige wenige Krankheiten des Gehirns, die direkt auf eine genetische Anlage zurückzuführen sind. So gehen bei der Huntington-Erkrankung ganz bestimmte Nervenzellen des Großhirns als Folge eines Gendefekts zugrunde. Hierdurch entstehen die typischen Muskelzuckungen, die früher „Veitstanz“ genannt wurden.

Auf der anderen Seite gibt es einige Krankheiten, die unmittelbar auf äußere Faktoren zurückgehen, beispielsweise Infektionen des Gehirns. Sie können sowohl durch Viren als auch durch Bakterien (und in sehr seltenen Fällen auch durch Pilze) verursacht werden. Infektionen des Gehirns früh zu erkennen ist wichtig, weil sie dann oft gut behandelbar sind.

Die meisten Erkrankungen des Gehirns lassen sich allerdings nicht so klar auf Gene einerseits oder äußere Faktoren andererseits zurückführen. Meist besteht eine gewisse genetische Veranlagung, die aber nicht immer zu einer Störung der Hirnfunktionen führt. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung beispielsweise geht einher mit einer zunehmenden Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Aber nicht jeder, der die Veranlagung für eine Demenz im höheren Alter in sich trägt, wird auch dement. Ähnlich ist es bei der Depression und der Schizophrenie. Hier kennt die Wissenschaft jeweils genetische Faktoren, die für diese Krankheiten anfällig machen. Das heißt aber nicht, dass der jeweilige Mensch auch wirklich eine Depression oder Schizophrenie entwickelt.

Forschungsnetz für psychische Erkrankungen




Das Forschungsnetz für psychische Erkrankungen vereint über 30 wissenschaftliche Einrichtungen aus ganz Deutschland. Sie erforschen neue und bewährte Wege der Prävention, Diagnostik und Therapie und optimieren sie. Es geht um Erkrankungen wie depressive und Angststörungen, bipolare Störungen, Schizophrenie, Suchterkrankungen sowie Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Autismus.

Neurodegenerative Erkrankungen: Wenn Nervenzellen zugrunde gehen

Das Alter geht oft mit einem Verlust von Nervenzellen und Zellfunktionen einher. Ist dieser Verlust allerdings so groß, dass das Gehirn ihn nicht mehr kompensieren kann, so sprechen Fachleute von einer neurodegenerativen Erkrankung.

Weil sie mit Alterungsprozessen assoziiert sind, gelten neurodegenerative Erkrankungen als wichtige medizinische Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Schon heute schätzen Expertinnen und Experten die Zahl der von einer Demenz betroffenen Menschen in Deutschland auf rund 1,5 Millionen. Zusätzlich ist bei schätzungsweise 300.000 Menschen in Deutschland eine Parkinson-Erkrankung bekannt.

Neben der Parkinson-Erkrankung und verschiedenen Demenzformen kennt die Medizin eine ganze Reihe weiterer neurodegenerativer Erkrankungen. Diese sind teils altersassoziiert, teils nicht. Beispiele für neurodegenerative Erkrankungen, die auch bei jungen Menschen auftreten können, sind die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), die Huntington-Erkrankung und die infektiöse Prionen-Erkrankung „Creutzfeldt-Jacob“.



Schätzungen zufolge dürfte die Gesamtzahl von Patientinnen und Patienten in Deutschland mit neurodegenerativen Erkrankungen bis zum Jahr 2050 als Folge des demografischen Wandels auf drei Millionen oder mehr ansteigen (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen).

Warum der Abbau von Nervenzellen erfolgt

Die Nervenzellen des Gehirns sind einerseits sehr langlebige Zellen, andererseits können sie sich bei Verletzungen nicht oder nur schwer regenerieren. Deswegen sind neurodegenerative Erkrankungen so fatal: Das Gehirn kann jene Zellen, die vorzeitig sterben, nicht ohne weiteres ersetzen.



Rund 1,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer Demenz. (© DLR PT/BMBF)

Was letztlich zur Neurodegeneration führt, ist von Krankheit zu Krankheit unterschiedlich und bisher oft nur teilweise bekannt. Bei bestimmten Formen der Parkinson-Erkrankung oder der Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung beispielsweise kommt es als Folge einer genetischen Besonderheit zu einer Zusammenlagerung von Eiweißstoffen in den Nervenzellen des Gehirns. Diese Aggregate beeinträchtigen die Zellfunktion und führen zum Tod der Zellen. Bei Menschen mit Huntington-Erkrankung dagegen tritt eine ganz bestimmte genetische Sequenz im Erbgut sehr viel häufiger auf als bei gesunden Menschen. Die Folge ist, dass die betroffenen Zellen empfindlicher gegenüber Außenreizen werden und leichter absterben.



Die Zellen des Körpers verfügen bei gesunden Menschen über genetische Programme, die in groben Zügen festlegen, wie lang die betreffende Zelle leben kann. Die natürliche Lebensdauer der Körperzellen ist von Gewebe zu Gewebe unterschiedlich. Einige Zellen leben nur wenige Tage. Andere schaffen es einige Wochen. Und wieder andere bleiben dem Körper ein ganzes Leben lang erhalten.

Der Ort entscheidet über die Symptome

Charakteristisch für neurodegenerative Erkrankungen ist, dass meist nicht das ganze Gehirn betroffen ist, sondern unterschiedliche, oft sehr genau umschriebene Bereiche beziehungsweise Zelltypen. Aus diesem Grund können spezialisierte Ärztinnen und Ärzte

teilweise schon anhand der klinischen Symptomatik exakt erkennen, um was für eine Erkrankung es sich handelt.

Bei der Parkinson-Erkrankung beispielsweise sind ausschließlich Nervenzellen betroffen, die den Botenstoff Dopamin produzieren. Dopamin wird für die Bewegungssteuerung benötigt. Die entsprechenden Nervenzellen haben eine koordinierende Funktion. Entsprechend wirken Parkinson-Patientinnen und -Patienten in ihren Bewegungsabläufen steif und verlangsamt, oder sie zeigen sehr charakteristische Bewegungsmuster, etwa rhythmische Muskelzuckungen („Tremor“). Die geistigen Funktionen dagegen bleiben oft erhalten.

Auch die Huntington-Erkrankung betrifft Nervenzellen, die in die Bewegungssteuerung involviert sind. In diesem Fall produzieren die betroffenen Nervenzellen den Botenstoff Glutamat. Die betroffenen Menschen zeigen ausladende Bewegungen, die wie ein Tanz wirken können. Glutamatproduzierende Nervenzellen sind aber auch an höheren geistigen Fähigkeiten beteiligt, sodass sich auch das Sozialverhalten der Betroffenen verändert.

Bei der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) wiederum gehen selektiv sogenannte Motoneurone zugrunde. Das sind Nervenzellen, die das Gehirn mit der Muskulatur verbinden. Wenn Motoneurone sterben, dann kann das Gehirn die Muskeln nicht mehr „ansteuern“. Die Folge sind Lähmungen, die bei der ALS im fortgeschrittenen Stadium auch die Atemmuskulatur betreffen können.

Demenz: Wenn Vergesslichkeit zur Krankheit wird

Bis zu einem gewissen Grad ist die zunehmende Vergesslichkeit eine unvermeidliche Begleiterscheinung des Alterns. Ist sie allerdings so ausgeprägt, dass sie einen normalen Alltag erschwert oder unmöglich macht, wird Vergesslichkeit zur Krankheit.

Bei krankhafter Vergesslichkeit sprechen Ärztinnen und Ärzte von Demenz. Es handelt sich um eine Erkrankung, die stärker als jede andere Störung des Gehirns mit dem Lebensalter zusammenhängt. Etwa 1,4 Prozent der 65- bis 69-jährigen Menschen in Deutschland leiden unter einer Demenz. Bei den 75- bis 79-jährigen sind es schon 6,4 Prozent. Und bei den 85- bis 89-jährigen sind es 21,9 Prozent.



Nachdem die Zahl der hochbetagten Menschen im Zuge des demografischen Wandels in den kommenden Jahrzehnten stark ansteigen wird, dürfte auch die Demenzhäufigkeit zunehmen. Derzeit leben in Deutschland rund 1,5 Millionen Frauen und Männer mit einer Demenz (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen). Schätzungen zufolge werden es im Jahr 2050 voraussichtlich über zwei Millionen sein.

Vergesslichkeit: Ein Symptom, viele Ursachen

Die Demenz ist keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Sammelbegriff für krankhafte Vergesslichkeit unterschiedlicher Ursachen. Gemeinsam ist allen Demenzformen, dass Nervenzellen zugrunde gehen, die für das Gedächtnis unverzichtbar sind. Deutliche Unterschiede gibt es bei den Ursachen für das Absterben.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Demenz, bei der Nervenzellen des Gehirns aus noch nicht völlig geklärter Ursache zugrunde gehen. Ein solches fortschreitendes Absterben von Nervenzellen nennt man Neurodegeneration. Typisch für die Alzheimer-Demenz ist eine zunehmende Vergesslichkeit, die die Betroffenen auch selbst an sich bemerken. Für Angehörige ist das in vielen Fällen schwer einzuordnen. Bei der Alzheimer-Demenz bilden sich im Gehirn sogenannte Eiweißplaques: Verklumpungen bestimmter Eiweißmoleküle, die bei Gesunden nicht in diesem Maße auftreten. Eine derzeit gängige Hypothese zur Alzheimer-Erkrankung bringt diese Plaques ursächlich mit den Demenzsymptomen in Verbindung, ohne dass der endgültige Nachweis dafür bisher gelungen wäre.

Die zweithäufigste Form der Demenz ist die vaskuläre Demenz. Hier ist die Ursache für das Absterben der Nervenzellen eine Unterversorgung, wie sie zum Beispiel durch Verstopfung der Blutgefäße des Gehirns auftritt. Die vaskuläre Demenz kann durch einen Schlaganfall ausgelöst werden. Es gibt aber auch Mikroverschlüsse von Hirngefäßen, die zu einer vaskulären Demenz führen können, ohne dass vorher ein „großer“ Schlaganfall aufgetreten wäre. Die Unterscheidung zwischen Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz ist nicht immer möglich. Wahrscheinlich gibt es viele



Regelmäßige körperliche Betätigung geht mit einem geringeren Demenzrisiko einher. Diesen Zusammenhang zeigen eine Reihe von wissenschaftlichen Studien. (© DLR PT/BMBF)

Menschen, bei denen gleichzeitig eine vaskuläre und eine neurodegenerative Demenzerkrankung vorliegt.

Die frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit) ist eine weitere neurodegenerative Demenz. Bei dieser Erkrankung gehen vor allem Nervenzellen zugrunde, die sich im Stirn- und Schläfenlappen des Großhirns befinden. Typisch ist, dass sich Persönlichkeit und Verhalten des Betroffenen dadurch stark verändern, oft lange bevor Gedächtnisstörungen auffällig werden.

Früh erkennen, gezielt therapieren

Die Demenz ist derzeit nicht heilbar. Mit den sogenannten Cholinesterasehemmern und den NMDA-Rezeptorblockern gibt es allerdings zwei Medikamentenklassen, die die Abnahme der Leistungsfähigkeit des Gehirns für eine gewisse Zeit verlangsamen können. Der Effekt ist aber nur vorübergehend. Eines der Probleme bei der Demenz ist die späte Diagnose. Wenn die betroffenen Menschen ausgeprägte Symptome zeigen, dann sind viele Nervenzellen bereits irreversibel geschädigt. Ein wichtiger Eckpfeiler der Demenzforschung ist deswegen die Entwicklung neuer Diagnosemethoden, mit denen sich eine Erkrankung erkennen lässt, bevor ausgeprägte Gedächtnisstörungen auftreten.

Vorbeugen ist besser als behandeln

Welche Medikamente für eine gezielte Frühtherapie in Frage kommen, wird derzeit intensiv erforscht. Unabhängig davon kann jeder Mensch sein Demenzrisiko zumindest etwas senken. Eine Reihe von Studien zeigt beispielsweise, dass regelmäßige körperliche Betätigung mit einer geringeren Häufigkeit von Demenz im Alter einhergeht. Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Blutdruck korreliert eine gute Blutdruckeinstellung mit einem geringeren Demenzrisiko (Deutsche Hochdruckliga). Auch wer auf sein Körpergewicht achtet und starkes Übergewicht vermeidet, kann die Demenzentwicklung im Alter positiv beeinflussen: Ein Body Mass Index (BMI) von über 30 ist aktuellen Daten zufolge mit einem vierfach höheren Demenzrisiko verbunden (Schwedisches Zwillingregister). Und schließlich scheint der Verzicht auf Zigaretten ebenfalls ein potentes „Antidementivum“ zu sein.

Auch ein geistiges Training kann dazu beitragen, dass sich das Demenzrisiko vermindert. Wissenschaftliche Studien legen darüber hinaus nahe, dass spezielle Programme, die die geistigen Fähigkeiten stärken, den Krankheitsverlauf verlangsamen können.

Depression: Schatten auf der Seele

Von allen schweren Erkrankungen des Gehirns ist die Depression eine der häufigsten. Die Betroffenen leiden unter Antriebslosigkeit, gedrückter Stimmung oder dem Gefühl „ausgebrannt“ zu sein. Aber auch körperliche Symptome können Zeichen einer Depression sein.

Weltweit leben etwa 350 Millionen Menschen mit einer Depression. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge wird nur jeder vierte Betroffene adäquat behandelt. Gemessen an dem internationalen Indikator YLD („years lost due to disability“), der den Verlust von gesunden Lebensjahren durch gesundheitliche Einschränkungen beschreibt, ist die Depression die wichtigste Krankheitsursache überhaupt.

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens zumindest einmal eine schwere, behandlungsbedürftige Depression zu entwickeln, liegt derzeit bei 16 bis 20 Prozent (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN]). Auch gibt es Daten, die belegen, dass die Bedeutung der Depression in Deutschland stark zunimmt. Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden derzeit daran (Deutsche Depressionshilfe).

Der volkswirtschaftliche Schaden, den die Erkrankung verursacht, ist erheblich: Etwa jeder fünfzehnte Arbeitsunfähigkeitstag geht in Deutschland mittlerweile auf das Konto einer Depression. Fehlzeiten aufgrund von Depressionen lagen 2013 um 69 Prozent höher als 2000. Auch das Verordnungsvolumen an Antidepressiva hat sich in diesem Zeitraum in etwa verdreifacht (Techniker Krankenkasse).



Psycho- und Verhaltenstherapien gehören zu den nicht medikamentösen Behandlungsformen, die Menschen mit Depressionen helfen können. (© DLR PT/BMBF)

Ein Chamäleon unter den Erkrankungen

Die klassischen Symptome einer Depression sind gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und ein Verlust der Fähigkeit, Gefühle zu erleben. Außerdem kann eine Depression auch eine ganze Reihe körperlicher Symptome verursachen, darunter Magen-Darm-Probleme, Herzbeschwerden oder Rückenschmerzen. Auch unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit oder ausgeprägte Unruhe können auf eine Depression hindeuten. Mitunter stehen die körperlichen Symptome sogar stark im Vordergrund. Bei solchen Menschen kann es schwierig sein, die Depression als Ursache zu erkennen.

Beim Burnout-Syndrom treten einige Symptome einer Depression im Zusammenhang mit einer Überlastung im beruflichen oder privaten Umfeld auf. Eine eindeutige Definition des Syndroms gibt es bislang nicht – es ist auch nicht als offizielles Krankheitsbild anerkannt. Die Betroffenen fühlen sich „ausgebrannt“. Die Lust an der Arbeit geht verloren. Wochenenden und Urlaube verlieren ihren Erholungswert, und das private Leben wird in Mitleidenschaft gezogen. Moderne, auf Effizienz getrimmte Arbeitsverhältnisse und der Zwang zur ständigen Erreichbarkeit werden als Faktoren diskutiert, die für die zunehmende Häufigkeit des Burnouts mit verantwortlich sein könnten.

Gibt es Risikofaktoren für eine Depression?

In Familien- und Zwillingsstudien gibt es deutliche Hinweise auf eine genetische Veranlagung für Depression. Der Zusammenhang ist bei vielen anderen Erkrankungen aber deutlich stärker. Frauen haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, im Laufe ihres Lebens eine Depression zu entwickeln als Männer (DGPPN/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ]).

Psychosozialen Faktoren kommt bei bestehender Veranlagung eine entscheidende Bedeutung für den Ausbruch einer Depression zu. Ein höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung korrelieren mit niedrigeren Depressionsraten. In den unteren sozialen Schichten ist die Quote an Menschen, die innerhalb eines Jahres irgendwann einmal an

einer Depression leiden fast doppelt so hoch wie in hohen sozialen Schichten (DGPPN/ÄZQ). Auch andere ungünstige Lebensumstände fördern das Auftreten einer Depression: Arbeitslose Menschen, schlecht integrierte Migrantinnen und Migranten, Menschen mit körperlichen Erkrankungen, suchtkranke Menschen und Menschen, die Angehörige verlieren, haben ein höheres Risiko (DGPPN/ÄZQ).

Hilfe ist möglich

Wird eine Depression rechtzeitig erkannt, dann ist sie häufig gut behandelbar. Es stehen effektive nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien zur Verfügung. Bei den nicht medikamentösen Therapien kann auf unterschiedliche Methoden der Psycho- und Verhaltenstherapie zurückgegriffen werden. Von me-

dikamentöser Seite sind sogenannte trizyklische Antidepressiva und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer die am häufigsten eingesetzten Präparate.

Neben der Ausprägung der Symptome spielen bei der Auswahl der Therapiemodalität auch die persönliche Neigung, das soziale Umfeld und die kognitiven Fähigkeiten eine Rolle. Am effektivsten sind oft integrative Therapien, bei denen psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze kombiniert werden. Die Behandlungsdauer ist unterschiedlich, meist aber recht lang.

In vielen Fällen ist nach Abklingen der Symptome eine weitere medikamentöse Behandlung nötig. Diese dient dazu einen Rückfall zu verhindern. Häufig kann diese Therapie aber nach einer gewissen Zeit abgesetzt werden.

Angst, Zwang und Schizophrenie

Die Forschung liefert immer neue Details für das Verständnis dieser Krankheiten. Bei der Therapie geht es darum, die Symptome zu lindern und Betroffene gesellschaftlich zu integrieren.

Der aus dem Altgriechischen entlehnte Begriff „Schizophrenie“ beschreibt das Krankheitsbild anschaulich: Die Schizophrenie wirkt wie eine „Spaltung“ der Seele, der Persönlichkeit. Die Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie können während ihrer akuten Krankheitsphasen nicht zwischen Wahn und Realität unterscheiden. Sie sehen Dinge oder Menschen, die objektiv nicht da sind. Sie hören Stimmen, denen sie antworten, fühlen sich verfolgt. Diese sogenannten Positivsymptome treten episodisch auf und wechseln sich mit symptomfreien Phasen ab. Bei vielen Betroffenen wird die Erkrankung zudem von sogenannten Negativsymptomen begleitet, die denen einer Depression ähneln. Hierzu gehören beispielsweise eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und ein Verlust der Fähigkeit, Gefühle zu erleben.

Die Schizophrenie ist für viele Menschen der Inbegriff psychischer Erkrankungen. Das liegt vor allem an der Symptomatik: Wer an Schizophrenie leidet, zieht sich oft nicht zurück, wie das depressive Menschen tun. Die Schizophrenie ist für Außenstehende sichtbar, hörbar, erlebbar.

Auch bei Patientinnen und Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen ist die Realität auf eine für Außenstehende oft schwer nachvollziehbare Weise verzerrt. Menschen mit Angststörungen haben entweder

diffuse Ängste, oder sie fürchten sich vor teilweise sehr spezifischen Dingen, die für gesunde Menschen nicht angstbesetzt sind („Phobien“). Menschen mit Zwangsstörungen dagegen haben das intensive Bedürfnis, bestimmte Dinge wieder und wieder zu tun, beispielsweise Ordnung herzustellen oder die Umgebung zu reinigen. Sie können ihre Handlungen dabei einerseits gut begründen. Andererseits leiden sie darunter und erkennen die Handlungen als unsinnig.

Verbreitung von Zwang, Angst und Schizophrenie

Die Schizophrenie kommt in allen bekannten Kulturen vor und ist in ihrer Häufigkeit relativ konstant. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal in seinem Leben eine schizophrene Episode zu erleiden, liegt bei ein bis zwei Prozent. Eine bis drei von 10.000 Personen erkranken pro Jahr neu an Schizophrenie, wobei Männer und Frauen ein in etwa gleiches Risiko haben (WHO).

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. In Befragungen geben etwa 14 Prozent der Deutschen an, im vergangenen Jahr unter einer Angststörung gelitten zu haben. Frauen sind dabei mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer (Bundes-Gesundheitssurvey). Zwangsstörungen sind dagegen vergleichsweise selten: Wieder-

kehrende Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken treten bei etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung auf (Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen).

Beteiligung von Genen und äußeren Faktoren

Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen gibt es auch bei Schizophrenie eine gewisse genetische Veranlagung. Unstrittig ist aber auch, dass äußere Faktoren eine gewichtige Rolle spielen. Untersuchungen zum sozialen und kulturellen Umfeld zeigen, dass belastende Lebenssituationen das Auftreten von schizophrenen Episoden begünstigen. Wer in der Stadt aufwächst, hat ein höheres Schizophrenie-Risiko als Landkinder. Auch Alkohol- und Drogenkonsum ist mit dem Auftreten der Schizophrenie assoziiert.

Von einer gewissen genetischen Veranlagung geht die medizinische Wissenschaft auch bei Angst- und Zwangsstörungen aus. Belastungssituationen, traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit oder Lebenskrisen können die Erkrankung zum Ausbruch bringen. Im Einzelfall ist es allerdings oft schwer, die Ursache dingfest zu machen.

Multimodale Therapien zielen auf Integration statt Isolation

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten radikal verändert. Noch bis in die zweite Hälfte

des 20. Jahrhunderts hinein war es üblich, Betroffene für Jahre, nicht selten auch Jahrzehnte in geschlossenen psychiatrischen Anstalten zu behandeln. Heute zielt die Behandlung bei Schizophrenie darauf ab, die Erkrankten nicht zu isolieren, sondern zu integrieren. Ein wichtiges Hilfsmittel, um dieses Ziel zu erreichen, sind antipsychotische und auch antidepressive Medikamente. Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und soziotherapeutische Interventionen, bei denen das familiäre Umfeld und gemeindenahе Hilfesysteme eingebunden werden, sind zentrale Bausteine der Versorgung. Wird ein solches multiprofessionelles Versorgungskonzept konsequent umgesetzt, können Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie heute in aller Regel ambulant behandelt werden.

Auch bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen wurden in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte erzielt. Die überzeugendsten Wirksamkeitsnachweise liegen für eine Kombination aus Medikamenten und Psychotherapie vor. Bei Angststörungen hat sich etwa die kognitive Verhaltenstherapie bewährt. Für eine erfolversprechende Behandlung sind die Motivation des Betroffenen und eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild entscheidend. Sport und körperliche Aktivität stellen oft zusätzlich hilfreiche Instrumente dar.



Die Behandlung der Schizophrenie zielt heute darauf ab, die Betroffenen zu integrieren. (© finwal/Thinkstock)