Marlene Koch · Dzanan Joldic · Josef Baumgartner · Fabian Friedrich · Nilufar Mossaheb

Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Schizophrenie und somatische Komorbiditäten

Sozialpsychiatrische Aspekte in der Abklärung somatischer Symptome

Einleitung

Schizophrenie, aber auch andere psychiatrische Erkrankungen sind mit einer erhöhten Prävalenz an somatischen Komorbiditäten assoziiert, wobei nur knapp die Hälfte auch als solche erkannt werden [1–3]. Als Grund für die erhöhte Prävalenz wird ein Zusammenspiel sozioökonomischer – und Lebensstilfaktoren, krankheitsinhärenter Faktoren sowie direkt mit der Gesundheitsversorgung assoziierter Faktoren angenommen [4].

Zu den häufigsten somatischen Komorbiditäten bei Schizophrenie zählen kardiovaskuläre, pulmonale und metabolische Erkrankungen sowie Infektionen, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts und endokrinologische Erkrankungen [1, 5, 6]. Außerdem zeigt sich eine erhöhte Mortalitätsrate mit einer um 15 bis 25 Jahre reduzierten Lebenserwartung, wobei diese bei etwa 60 % durch körperliche Ursachen bedingt ist [1, 5–7].

Fallbericht Anamnese

Wir stellen einen 34-jährigen Patienten mit chronisch paranoider Schizophrenie vor, welcher im Jahr 2018 mehrfach an unserer psychosespezifischen Akut-Station aufgenommen worden war. Er

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

zeigte sich stets im Bewusstsein klar, allseits orientiert, im Duktus einsilbig und beschleunigt, psychomotorisch unruhig und agitiert, mit massiver Angstsymptomatik ausgelöst durch imperative und kommentierende Stimmen, wahnhaften Verfolgungs- und Bedrohungsideen sowie depressiver Grundstimmung. Im Rahmen der rezentesten Aufnahme klagte er über eine Zunahme der schon lange bestehenden rezidivierenden kolikartigen Bauchschmerzen.

Im internen Status zeigte sich ein adipöser Ernährungszustand (BMI 31 kg/m²), Druckschmerz im rechten Oberbauch, erhöhte alkalische Phosphatase (149 U/L), Lipase (62 U/L), GPT (116 U/L) und Gamma-GT (485 U/L), vermindertes 25-OH-Vitamin D (64 nmol/L) und eine vorbestehende unklare, sekundäre Enuresis nocturna als auch eine chronische Oberflächengastritis. Im neurologischen Status fanden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten. Vorbekannt ist eine bisher unzureichend abgeklärte Epilepsie ohne rezente Anfallsereignisse. Die tägliche Medikation zum Zeitpunkt der rezentesten Aufnahme bestand aus Amisulprid 900 mg, Clozapin 300 mg, Sertralin 100 mg, Levetiracetam 1500 mg, Oxazepam 150 mg, Esomeprazol 80 mg und Colecalciferol (Vitamin D₃) 30 Tropfen/Woche.

Im Jahr 2006 war es bei unserem Patienten zur psychotischen Erstmanifestation mit Suizidversuch mit nachfolgendem Polytrauma mit Leberriß und Not-Cholezystektomie gekommen. Es folgten im Laufe der Jahre mehrere

stationäre Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen sowie verschiedene antipsychotische Behandlungsregime in Mono- und Kombinationstherapie u. a. mit Haloperidol, Clozapin, Risperidon, Amisulprid, Aripiprazol und Paliperidon. Eine ausführliche organische Abklärung zum Ausschluss einer sekundären Psychose erbrachte keine ursächlichen Pathologien, wenngleich die Befunde nicht gänzlich unauffällig waren. Eine cMRT-Kontrolle zeigte seit Jahren weitgehend konstante gliotische Veränderungen links frontal mit Hämosiderinablagerung (DD: perinatale postischämische Veränderung, DD: posttraumatisch), bekannte einzelne, zum Teil im Großhirnmarklager, zum Teil juxtakortikal gelegene Signalanhebungen und eine DVA rechts im zentralen Marklager. Das EEG zeigte einen gering abnormen Befund mit betaüberlagerter Alpha-Theta-Grundaktivität mit einer Frequenz von 8–9 c/s und einer Amplitude von max. 25 Mikrovolt, kaum auf Lidöffnung und Lidschluss ansprechend ohne Zeichen erhöhter zerebraler Erregungsbereitschaft oder Herdzeichen. Aufgrund der resistenten Symptomatik, der Multimorbidität und der oben genannten Befunde erfolgten weiterführende Untersuchungen. Die Liquorpunktion zeigte keine erhöhte Zellzahl mit 4 Zellen/µl, ein erniedrigtes Laktat (1,0 mmol/L), ein leicht erhöhtes Gesamteiweiß (49,5 mg/dL) sowie einen erhöhten Albumin-Quotienten (7,26/1000). Die Chitotriosidase als indirekter Marker für Niemann-Pick

Typ C, Kupfer und Coeruloplasmin im Serum als Hinweis für M. Wilson zeigten sich unauffällig. Einzelne häufig mit organischen Psychosen assoziierte Mikrodeletionssyndrome 22q11.2, 1q21.1, 3q29.1 wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Aufgrund der rezidivierenden Bauchschmerzen und der undulierend erhöhten Leberenzyme wurde der Patient erstmals 2012 sowohl an der hepatologischen als auch an der gefäßchirurgischen Ambulanz unserer Klinik vorstellig. Nach einigen Untersuchungen wurde aufgrund einer progredienten Hepatosplenomegalie mit erhöhten Leberfunktionsparametern bei normalem Bilirubin eine nichtalkoholische Steatosis hepatis (NASH) diagnostiziert. Hinsichtlich der abdominalen Schmerzen wurde von gefäßchirurgischer Seite ein Ligamentum-arcuatum-Syndrom als möglicherweise ursächlich festgestellt. Differenzialdiagnostisch wäre eine DILI („drug induced liver injury“) aufgrund der jahrelangen medikamentösen Behandlung und der häufigen symptomatischen Analgetikaeinnahme in Betracht zu ziehen.

Verlauf

Nachdem der Patient im Zuge des ersten stationären Aufenthaltes 2018 an unserer Klinik zur weiteren Planung des Prozederes an der gefäßchirurgischen Ambulanz vorstellig wurde und zunächst eine Indikation zu einer operativen Spaltung des Ligamentum arcuatum gestellt wurde, erfolgte auf Wunsch des Patienten die Operationsplanung inklusive perioperativem Management an unserer Station. Nach Abschluss der erforderlichen Untersuchungen zur Operationsfreigabe wurde die Operation nach Reevaluierung vonseiten der Gefäßchirurgie aufgrund der nicht eindeutigen Indikation vorläufig abgesetzt. Nach nochmaliger Evaluierung wurden die Erfolgsaussicht einer Operation mit 60–70 % Symptomlinderung in Bezug auf die kolikartigen Bauchschmerzen besprochen und die Operationsindikation unter Berücksichtigung des Wunsches und der Aufklärung des Patienten gestellt.

Parallel erfolgte eine Begutachtung in der Ambulanz für Fettlebererkrankungen, wo u. a. zur weiteren Abklärung der

Hepatopathie eine intraoperative Leberbiopsie empfohlen wurde. Nach nochmaliger präoperativer Durchsicht der bildgebenden Befunde vonseiten der Gefäßchirurgie wurde aufgrund ausreichender Kollateralisation um den Truncus coeliacus keine ausreichende Chance auf Symptomlinderung diskutiert und die Operationsindikation bzw. die Vertretbarkeit einer Operation bei geringen Erfolgsaussichten somit revidiert. Die Leberbiopsie erfolgte schließlich als eigener diagnostischer Schritt mit dem Ergebnis einer Steatosis hepatis ohne Fibrose (Borderline-NASH). Zur Befundbesprechung und weiteren Abklärung der NASH und dem Verdacht auf portale Hypertension wurde ein weiterer Termin an der hepatologischen Ambulanz wahrgenommen und zum Varizenscreening eine Gastroskopie durchgeführt. Hierbei zeigte sich eine nicht erosive Gastritis ohne Hinweis auf portale Hypertension. Eine Reduktion der Esomeprazoldosis auf 20 mg, eine Schmerztherapie mit Butylscopolaminiumbromid 6 × täglich und eine Wiedervorstellung bei Verschlechterung der Cholestaseparameter wurden empfohlen. Im Rahmen dieser somatischen Abklärung wurden mehrfach bildgebende Verfahren durchgeführt (Sonographie, MRT).

Des Weiteren wurde der Patient aufgrund der anhaltenden Enuresis nocturna sowie bei Verdacht auf Hydronephrose in der urologischen Ambulanz begutachtet. Hierbei unterzog sich der Patient einer Kontrastmittel-CT und einer Nierenzintigraphie. Außerdem erfolgte eine kardiologische Untersuchung bei kurzfristig bestehenden belastungsabhängigen Schmerzen links thorakal sowie eine Mammographie zur Abklärung der im MRT als Nebenfund detektierten zystischen Läsion retromamillär. Es zeigte sich ein gutartiger Befund mit Stadium BIRADS II.

Aufgrund der ausgeprägten Angstsymptomatik des Patienten im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung und der Komplexität der Befundlage wurden die Ambulanzbesuche stets in Begleitung von medizinischem Stationspersonal durchgeführt. Der Patient als auch Angehörige wurden regelmäßig über die aktuellen Befunde informiert

und das weitere Procedere in Zusammenarbeit mit dem Patienten erarbeitet. Insgesamt fanden während der letzten 3 stationären Behandlungen (133 Tage Gesamtaufenthaltsdauer) 16 Ambulanzkontakte statt sowie 11 bildgebende Untersuchungen und mindestens 24 Blutabnahmen. Die große Anzahl an Untersuchungen und die Komplexität der Befunde mit zum Teil daraus resultierenden divergierenden Empfehlungen führten immer wieder zu Verunsicherung, emotionaler Belastung und Überforderung bei unserem Patienten. Diese ließen sich durch die Unterstützung des Stationsteams sowie der Angehörigen und durch die Motivation des Patienten selbst gut bewältigen.

» Aufgrund der Angstsymptomatik wurden die Ambulanzbesuche in Begleitung von Stationspersonal durchgeführt

Es erfolgten regelmäßige ärztliche, pflegerische als auch psychotherapeutische Gespräche sowie mehrere Angehörigengespräche. Der Patient zeigte sich trotz der deutlichen Belastung hinsichtlich der diversen Untersuchungen und der psychiatrischen Symptomatik hoch motiviert und nahm am gesamten Therapieangebot der Station teil. Das weitere Prozedere hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung, einer eventuellen vollbetreuten Wohngemeinschaft sowie der somatischen Betreuung wurden mit dem Patienten besprochen und entsprechend organisiert.

Diskussion

Bei unserem Patienten zeigten sich neben einer therapieresistenten Schizophrenie auch zahlreiche somatische Erkrankungen. Auch wenn diese nicht den am häufigsten mit Schizophrenie assoziierten Komorbiditäten entsprechen, soll dieser Fallbericht die Wichtigkeit, aber auch die Komplexität und Schwierigkeit der ausführlichen Untersuchung und Abklärung somatischer Symptome bei Patienten mit Schizophrenie aufzeigen.

Etwa die Hälfte aller Patienten mit Schizophrenie leiden an zumindest einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung, wobei hierfür ein Zusammenspiel aus verschiedenen Faktoren angenommen wird [1, 4].

Ein ungesunder Lebensstil ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weit verbreitet [8]. Patienten mit Schizophrenie zeigen eine 3- bis 7-mal höhere Prävalenz von Nikotinabusus und eine 2-mal höhere Prävalenz von Alkoholabusus. Sie zeigen auch erhöhte Prävalenzen von Drogenabusus, schlechten Ernährungsgewohnheiten kombiniert mit geringer physischer Aktivität sowie Defiziten in der Körperhygiene und den damit verbundenen Folgeerkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung [4].

» Ein ungesunder Lebensstil ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weit verbreitet

Gesundheitssystemassoziierte Faktoren sind neben somatischen Erkrankungen bedingt durch die Nebenwirkungsprofile diverser Psychopharmaka auch die geringere Nutzung des Gesundheitswesens von psychisch Erkrankten sowie eine schlechtere Qualität der Dienstleistungen für diese Patienten in Form einer inadäquaten Abklärung der organischen Symptomatik, oftmals bedingt durch Verknennung der Symptome als Teil der psychiatrischen Erkrankung oder aufgrund von Stigmatisierung [2, 4, 9]. Die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen im Gesundheitswesen wird als einer der Hauptgründe für eine inadäquate organische Versorgung angenommen, wobei sich diese umgekehrt proportional zu persönlichen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Einrichtungen zeigt [10].

Sozioökonomische Faktoren wie fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld, der Beginn der psychischen Erkrankung im vulnerablen Alter in Bezug auf die berufliche Ausbildung bzw. den Einstieg in die Arbeitswelt, die da-

psychopraxis. neuropraxis 2019 · 22:66–69 <https://doi.org/10.1007/s00739-019-0545-z>
© Der/die Autor(en) 2019

M. Koch · D. Joldic · J. Baumgartner · F. Friedrich · N. Mossaheb

Schizophrenie und somatische Komorbiditäten. Sozialpsychiatrische Aspekte in der Abklärung somatischer Symptome

Zusammenfassung

Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigen eine erhöhte Prävalenz an somatischen Komorbiditäten, wobei etwa 50 % der an Schizophrenie Erkrankten an zumindest einer somatischen Erkrankung leiden. Als Grund hierfür wird ein Zusammenspiel aus Lifestylefaktoren, sozioökonomischen Faktoren, krankheitsinhärenter Faktoren, aber auch direkt mit der Gesundheitsversorgung assoziierter Faktoren angenommen. Eine adäquate Abklärung somatischer

Beschwerden sowie die Komplexität und der organisatorische Aufwand, die diese mit sich bringen kann, können Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen vor eine große Herausforderung stellen, wie auch dieser Fallbericht aufzeigen soll.

Schlüsselwörter

Therapieresistente Schizophrenie · NASH · Ligamentum arcuatum Syndrom · Sozioökonomische Faktoren · Stigmatisierung

Schizophrenia and Somatic Comorbidities. Social Psychiatric Aspects in the Assessment of Somatic Symptoms

Abstract

People suffering from mental illnesses show an increased prevalence of somatic comorbidities, with approximately 50% of those with schizophrenia suffering from at least one somatic disease. The reason for this is assumed to be a combination of lifestyle factors, socioeconomic factors, illness-inherent factors but also factors associated with health care provision. An adequate assessment of somatic complaints, as well as

the complexity and the organizational effort can be a major challenge for patients with severe mental illnesses, as presented in this case report.

Keywords

Therapy-resistant schizophrenia · NASH · Median arcuate ligament syndrome · Socioeconomic factors · Stigmatization

mit verbundene schwierige Situation am Arbeitsmarkt und finanzielle Situation, wie auch die Wohnverhältnisse tragen maßgeblich zur erhöhten Prävalenz somatischer Erkrankungen bei Patienten mit Schizophrenie bei [4].

Außerdem spielen bei Patienten mit Schizophrenie neben einer geringeren Schmerzwahrnehmung, wodurch körperliche Symptome nicht richtig bzw. rechtzeitig erkannt werden könnten [3], möglicherweise auch krankheitsinhärente Faktoren eine Rolle. Beispielsweise zeigt sich bei jungen Patienten bereits zu Beginn ihrer Erkrankung ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen mit erhöhtem Cholesterinspiegel sowie eine erhöhte Insulinresistenz [11].

Aufgrund von Vermeidungsverhalten, Angst vor Stigmatisierung oder erhöhtem Misstrauen kann der organi-

satorische Aufwand, den eine ausführliche somatische Abklärung mit sich bringen kann, von an Schizophrenie erkrankten Patienten ohne intensive Unterstützung meist gar nicht bewältigt werden. Hierbei spielen die Miteinbeziehung des sozialen Umfelds und eine ausführliche Aufklärung hinsichtlich der oben genannten Risikofaktoren und der Nebenwirkungen der medikamentös antipsychotischen Therapie zur frühzeitigen Erkennung von somatischen Symptomen eine wichtige Rolle. Bezogen auf unseren Fallbericht ist auch anzumerken, dass diese Vielzahl an Untersuchungen für unseren Patienten im ambulanten Bereich kaum oder nur sehr schwer bewältigbar gewesen wäre. Schon im stationären Setting erforderten diese einen großen personellen Aufwand sowohl für die Organisation, die in-

terdisziplinäre Diskussion als auch die Begleitung des Patienten.

In Zusammenschau zeigt sich an diesem Fall für uns – mit dem Hintergrund der erhöhten Prävalenz an somatischen Komorbiditäten und der damit verbundenen Mortalität – die Wichtigkeit der Rolle der Psychiater als Mediziner bezogen auf eine ausführliche körperliche Untersuchung mit ressourcensparender interdisziplinärer Zusammenarbeit, sowie die Notwendigkeit der ausführlichen Aufklärung der Patienten und die Mit- einbeziehung des sozialen Umfelds zur intensiven Unterstützung bei der weiteren Abklärung und Therapie.

Fazit für die Praxis

- Schizophrenie geht mit einer erhöhten Prävalenz für somatische Erkrankungen einher.
- Eine ausführliche symptomorientierte Anamnese und körperliche Untersuchung sind in der Psychiatrie unerlässlich.
- Körperliche Symptome müssen ernst genommen werden und zu einer weiteren differenzialdiagnostischen Abklärung führen.
- Adäquate Aufklärung der Patienten und des sozialen Umfelds hinsichtlich der Risikofaktoren und der möglichen Komorbiditäten stellen eine wichtige Präventionsmaßnahme dar.
- Bei Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen kann unter Umständen dem Psychiater eine Rolle als Schaltstelle in der interdisziplinären Zusammenarbeit zukommen.

Korrespondenzadresse

Dr. Marlene Koch
Klinische Abteilung
für Sozialpsychiatrie,
Universitätsklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie, Medizinische
Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
marlene.koch@
meduniwien.ac.at

Danksagung. Ein herzlicher Dank gilt unserem vorgestellten Patienten, der uns sein Einverständnis gegeben hat, den komplexen Verlauf seiner Krankheitsgeschichte hier mit Ihnen zu teilen.

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Koch, D. Joldic, J. Baumgartner, F. Friedrich und N. Mossaheb geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Literatur

1. Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C (2003) Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 178(Suppl):S67–S70
2. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al (2011) Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 10(2):138–151
3. Stubbs B, Thompson T, Acaster S (2015) Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain* 156(11):2121–2131
4. Weiser P, Becker T, Losert C et al (2009) European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health* 9:315
5. Dieset I, Andreassen O, Haukvik U (2016) Somatic comorbidity in schizophrenia: some possible biological mechanisms across the life span. *Schizophr Bull* 42(6):1316–1319
6. Hennekens C, Hennekens A, Hollar D, Casey D (2005) Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 150(6):1115–1121
7. Hjorthøj C, Stürup A, McGrath J, Nordentoft M (2017) Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 4(4):295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
8. Kilian R, Becker T, Krüger K et al (2006) Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatr Scand* 114(4):242–248
9. Bitter I, Czobor P, Borsi A et al (2017) Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study. *Eur Psychiatry* 45:97–103
10. Corrigan P, Mittal D, Reaves C et al (2014) Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* 218:35–38
11. Correll C, Robinson D, Schooler N et al (2014) Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry* 71:1350–1363