

1 Einführung

Schizophrenie ist eine der schwersten psychischen Störungen überhaupt mit oftmals einschneidenden Konsequenzen für den gesamten Lebensverlauf, vor allem aufgrund des zumeist frühen Krankheitsbeginns, der Tendenz zu Rückfällen und des Chronifizierungsrisikos. Neben den individuellen Folgen zeigen Analysen, dass die Krankheit Schizophrenie durch die damit verbundenen direkten (z. B. Krankenhausaufenthalte, Medikamente) und indirekten (v. a. langfristiger Ausfall der Arbeitskraft) Kosten die Volkswirtschaft in ähnlichem Ausmaß belastet wie die häufig thematisierten „Volkskrankheiten“ (i. e. koronare Herzkrankheit, Diabetes und andere; vgl. Höffler et al., 2000).

Während Schizophrenie für die Psychiatrie in Deutschland – so wie international – traditionell eines der zentralen Arbeitsfelder ist, wächst in der deutschsprachigen klinischen Psychologie erst in den letzten Jahren das Interesse an der Erforschung und Behandlung dieser Erkrankung. Sicherlich hat die Entwicklung neuer psychologischer Erklärungsmodelle und Therapieansätze im angloamerikanischen Sprachraum zu diesem steigenden Interesse beigetragen; hierbei sind vor allem die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepte hervorzuheben (vgl. Lincoln, 2006; Vauth & Stieglitz, 2007; Maß, 2008). Seit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes und der Einführung der „Praktischen Tätigkeit“ in der Psychiatrie (gemäß PsychTh-APrV § 2, Absatz 2, Ziffer 1) werden Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Weiterbildung obligatorisch mit schizophren Erkrankten konfrontiert und erfahren so, dass auch diese Patientengruppe von psychotherapeutischen Interventionen in vielfältiger Weise profitieren kann.

Psycho-
therapeutische
Ansätze

In den letzten Jahren ist international eine große Forschungsaktivität im Bereich der „Early Intervention“-Ansätze zu beobachten (z. B. McGorry, 1998; Klosterkötter et al., 2001). Grundlage dieser Ansätze ist zum einen die in vielen Studien gesicherte Evidenz dafür, dass prodromale oder gar akutpsychotische Zustände oft Monate und Jahre unerkannt und damit auch unbehandelt bleiben; zum anderen wird die Annahme diskutiert, dass mit der Dauer einer unbehandelten Psychose nicht nur deren Schweregrad wächst, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für einen ungünstigen, chronifizierten Krankheitsverlauf steigt (McGlashan, 1999). Durch möglichst frühe, recht-

Früherkennung

zeitige Interventionen soll die vollständige Ausprägung psychotischer Exacerbationen (Erstmanifestation oder Rückfall) unterbunden oder zumindest verzögert werden. Die Zahl der Früherkennungszentren – zumeist psychiatrischen Kliniken angegliedert – wächst bundesweit.

Aus diesen Entwicklungen ergibt sich ein wachsender Bedarf nach Informationen über die verfügbaren diagnostischen Verfahren. Dieses Buch aus der Reihe „Kompendien Psychologische Diagnostik“ ist für klinisch oder wissenschaftlich tätige Personen gedacht, die sich über für ihre jeweiligen Zwecke geeignete psychodiagnostische Methoden informieren wollen. Es werden Möglichkeiten und Grenzen der wichtigsten Instrumente für die Diagnostik bei Erwachsenen vorgestellt. Die hier behandelten Verfahren decken insgesamt einen breiten Anwendungsbereich ab und können bei Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven oder anderen psychotischen Störungen, Schizotypie oder auch zur Untersuchung psychosenaher Phänomene bei Gesunden eingesetzt werden.

2 Zur Entwicklung des Schizophreniekonzepts

Die erste systematische Beschreibung dessen, was später im weiteren Sinne unter Schizophrenie verstanden wurde, erfolgte durch den deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926). Kraepelin führte experimentalpsychologische Methoden in die Psychiatrie ein und gilt als Begründer der modernen, empirisch orientierten Psychopathologie, mit der ein psychologisches Denken in die Psychiatrie eingeführt wurde. Es ist sicher kein Zufall, dass Kraepelin ab 1877 einige Zeit als Assistent von Wilhelm Wundt arbeitete, der 1879 an der Universität Leipzig das berühmte, weltweit erste Institut für experimentelle Psychologie gründete. Kraepelin beachtete bei seinen Studien auch die Veränderung der Symptome im Laufe der Zeit und damit den Verlauf eines Krankheitsbildes. Er beschrieb erstmals in der sechsten Auflage seines Lehrbuchs (Kraepelin, 1899) ein Krankheitsbild, das er als „Dementia praecox“ (sinngemäß übersetzt mit „frühzeitige Verblödung“) bezeichnete, charakterisiert durch einen frühen Beginn (Adoleszenz oder Jungerwachsenenalter) und einen progredienten Verlauf. Kraepelin grenzte die Dementia praecox vom „manisch-depressiven Irresein“ ab („Kraepelins Dichotomie“). Diese Zweiteilung spiegelt sich auch heute noch in der ICD-10 in der Unterscheidung zwischen schizophrenen Erkrankungen (Kapitel F2) und affektiven Störungen (Kapitel F3) wider; jedoch sieht man heute auch Verbindungen zwischen beiden Störungsbereichen, z. B. in den schizoaffektiven Störungen oder in der Beobachtung gemeinsamer familiäre Häufungen von affektiven und schizophrenen Erkrankungen. Weniger ruhmvoll waren Kraepelins von einer ausgesprochen rechtsextremen, „völkischen“ Ideologie getragenen Ausführungen über „erbliche Minderwertigkeit“, „Entartung der Rasse“ und die Forderung nach Zwangssterilisierungen bei psychisch Kranken (Kraepelin, 1908). Das sollte angesichts der Verbrechen, die später im nationalsozialistischen Deutschland an psychisch Kranken begangen wurden, nicht vergessen werden.

Emil Kraepelin

Das Konzept der Dementia praecox wurde von dem schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857–1939) weiterentwickelt, der in Zürich das berühmte Burghölzli leitete und in seiner Monografie (Bleuler, 1911) anstelle von Dementia praecox den Begriff „Schizophrenie“ einführte (sinngemäß übersetzt mit „Spaltungsirresein“). Gemeint ist damit nicht etwa die „multiple Persönlichkeit“, sondern vielmehr die Aufspaltung verschiedener, norma-

Eugen Bleuler

lerweise integrierter psychischer Funktionen wie Denken, Fühlen und Wollen. Das Schizophrenie-Konzept von Bleuler ist hinsichtlich des Krankheitsverlaufs offener und weniger apodiktisch als das Dementia-praecox-Konzept von Kraepelin, bei welchem eine Besserung oder gar Heilung per definitionem ausgeschlossen ist.

**Grundsymptome
und
akzessorische
Symptome**

Eugen Bleuler unterschied zwischen Grundsymptomen, die bei jeder Schizophrenie auftreten, und akzessorischen Symptomen, die hinzukommen können, aber für die Diagnose nicht zwingend erforderlich sind. Zu den Grundsymptomen zählte Bleuler formale Denkstörungen (v. a. die Assoziationsstörung), Störungen der Affektivität (z. B. Verflachung, Parathymie), Ambivalenz und Ambitendenz (z. B. gleichzeitiges Lachen und Weinen), Autismus (gestörter Kontakt mit Realität und Außenwelt) sowie Störungen des Wollens und Handelns (z. B. Willensschwäche). Als akzessorische Symptome bezeichnete Bleuler insbesondere Halluzinationen, Wahn und katatone Symptome.

Kurt Schneider

**Erstrang-
symptome**

Eine andere Einteilung der psychopathologischen Symptome der Schizophrenie nahm Kurt Schneider (1887–1967), einer der bedeutendsten deutschen Psychiater des 20. Jahrhunderts, vor. In seinem erstmals 1946 veröffentlichten Hauptwerk „Klinische Psychopathologie“, das 2007 in der (seit der 8. Auflage von 1967 unveränderten) 15. Auflage herausgebracht wurde, unterschied Schneider zwischen Symptomen 1. und 2. Ranges. Die Erstrangsymptome betrachtete Schneider als pathognomonisch: „Wo derartige Erlebnisweisen einwandfrei vorliegen und keine körperlichen Grundkrankheiten zu finden sind, sprechen wir klinisch in aller Bescheidenheit von Schizophrenie.“ (Schneider, 1980, S. 135). Folgende Symptome gelten als Erstrangsymptome sensu Schneider: Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung sowie alles „Gemachte“ und Beeinflusste (Fühlen, Streben, Wollen).

Kurt Schneider legte somit den diagnostischen Schwerpunkt eher auf die von Bleuler als akzessorisch bezeichneten Symptome. Schneiders Konzept hatte großen Einfluss auf die Entwicklung der internationalen diagnostischen Klassifikationen und ist z. B. in der Struktur der ICD-10 erkennbar.

Typ I und Typ II

Timothy J. Crow (1980, 1985) führte die Einteilung der Schizophrenien in Typ I und Typ II ein. Typ-I-Schizophrenien zeichnen sich demnach psychopathologisch durch Wahn, Halluzinationen und formale Denkstörungen aus (sog. positive Symptome). Der Verlauf ist akut, die Symptome sind reversibel, es kommt zu nicht kognitiven Einschränkungen, ätiologisch wird eine erhöhte Anzahl an Dopaminrezeptoren angenommen. Typ I spricht gut auf

Neuroleptika an. Demgegenüber seien Typ-II-Schizophrenien vor allem durch Affektverflachung, Sprachverarmung und Antriebsminderung (sog. negative Symptome) gekennzeichnet. Sie verlaufen chronisch und sind irreversibel, gehen gelegentlich mit kognitiven Einschränkungen einher, sind auf strukturelle Hirnveränderungen (z. B. vergrößerte Ventrikel) zurückzuführen und sprechen schlecht auf Neuroleptika an.

Die Ergebnisse zahlreicher faktorenanalytischer Studien legten die Annahme nahe, dass die Aufteilung der Schizophreniesymptome in ein positives und ein negatives Syndrom eine Übersimplifizierung darstellt (Bilder et al., 1985; Andreasen et al., 1995). Außerdem kann sich der Zustand eines Patienten im Krankheitsverlauf ändern, so dass er z. B. zunächst Typ I und später Typ II entspricht. Heute ist die Unterteilung in ein positives, ein negatives und ein desorganisiertes (oder kognitives) Syndrom üblich. Das positive Syndrom wird vor allem durch Wahn und Halluzinationen gebildet, das negative Syndrom durch Symptome wie Affektverflachung und Antriebsminderung, das desorganisierte Syndrom setzt sich v. a. aus formalen Denkstörungen und ein gestörtes Abstraktionsvermögen zusammen. Dieser syndromale Ansatz ist gut zur Beschreibung des aktuellen psychopathologischen Befundes und seiner möglichen Änderung über die Zeit geeignet. In diesem Sinne werden in Anhang B des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) drei alternative Beschreibungsdimensionen der schizophrenen Psychopathologie vorgeschlagen (psychotisch, desorganisiert, negativ), die gesondert einzustufen sind (von „fehlend“ bis „schwer“). Möglicherweise wird der syndromale Ansatz im DSM-V noch an Bedeutung gewinnen.

Drei psychopathologische Syndrome

3 Diagnostische Kriterien in den modernen Klassifikationssystemen

3.1 ICD-10

3.1.1 Schizophrenie (F20)

Fallbeispiel 1: Patient mit paranoidem Wahn und Wahnwahrnehmungen

Ein 23-jähriger Physikstudent erscheint mit Einweisung seines Hausarztes erstmals zur stationären Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik. Er stammt aus einem einfachen Elternhaus (sein Vater ist Hilfsarbeiter) und hat das Abitur mit viel Fleiß erlangt. Er interessierte sich schon immer für Physik, daneben auch für Science Fiction und philosophische Fragen, hat nur wenige soziale Kontakte und kaum Erfahrungen mit Liebesbeziehungen. Er ist jetzt im vierten Semester und hat den Eindruck, dass die Professoren sich gegen ihn verschworen haben. Wegen seiner Herkunft aus der sozialen Unterschicht wolle man ihn aus der Universität drängen. Man gestalte die Prüfungen für ihn besonders schwer. Er ist überzeugt, dass auch viele Kommilitonen sich an dem Komplott beteiligen. So würden einzelne Studenten ihn bedeutungsvoll ansehen und ihm durch Gesten zu verstehen geben, dass er verschwinden soll. Er hat sich deswegen bereits mündlich und schriftlich beschwert, aber der Lehrkörper bestreitet alle Vorwürfe. Er findet in den Seminarräumen Hinweise, die für ihn abgelegt worden seien, z. B. ein Flugblatt mit der Aufschrift: „Es ist 5 vor 12“, welches er als gegen sich persönlich gerichtete Warnung und Drohung betrachtet. Als er sich hilfesuchend an die studentische Beratungsstelle wendet, rät man ihm dringend, einen Arzt aufzusuchen.

In der ICD-10 (Dilling et al., 2008) wird Schizophrenie im Kapitel F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) beschrieben. Es werden neun Symptomgruppen unterschieden.

Symptomgruppen 1a–d

Symptomgruppen 1a–d:

a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder -entzug, Gedankenausbreitung.

- b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
- c) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
- d) Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z. B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).

Symptomgruppen 2a–d:

- a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
- b) Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
- c) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
- d) „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.

Symptomgruppen 2a–d

Symptomgruppe bezogen auf Schizophrenia simplex:

Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.

Eigene Symptomgruppe für Schizophrenia simplex

Fallbeispiel 2: Patientin mit bizarrem Wahn und Halluzinationen

Eine 27-jährige Frau wird von der Polizei in eine psychiatrische Klinik gebracht, weil sie im Regen in einem Busch sitzend gefunden wurde und auf Ansprache nicht reagierte. In der Klinik wird deutlich, dass die Patientin heftige optische Halluzinationen hat; sie berichtet u. a., Tiere zu sehen, z. B. Enten, die vor ihr her fliegen. Sie sucht im Haar von Ärzten und Pflegepersonal nach einem Mikrochip, über den man mit ihr kommunizieren kann; zeitweise muss sie wegen dieser zuweilen aggressiven Übergriffe zwangsfixiert werden. Sie berichtet außerdem, die Stimme eines kleinen Kindes zu hören, das ebenfalls einen Mikrochip im Kopf habe. Es handele sich um ihr eigenes, neugeborenes Kind, das ihr von einem „schwarzen Mann“

vor wenigen Wochen gleich nach der Geburt weggenommen worden sei. (Zu dem Zeitpunkt, den Patientin für die Geburt angibt, war ein totes Neugeborenes in der näheren Umgebung der Klinik gefunden worden.)

**Diagnostische
Leitlinien**

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie (Code F20) ist mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der obengenannten Gruppen 1a–d oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 2a–d. In dieser unterschiedlichen Gewichtung ist die Schneider'sche Unterscheidung von Erst- und Zweitrangsymptomen erkennbar. Die Symptome müssen fast ständig für mindestens einen Monat deutlich vorhanden gewesen sein. Zustandsbilder mit den geforderten Symptomen, aber kürzer als einen Monat andauernd (ob behandelt oder nicht) sollen zunächst als schizophreniforme psychotische Störung (F23.2) diagnostiziert werden und als Schizophrenie erst dann, wenn die Symptome länger bestanden haben. Die letzte Symptomgruppe bezieht sich auf die Schizophrenia simplex (F20.6), als Zeitkriterium wird dabei eine Dauer von mindestens einem Jahr gefordert.

Die Diagnose einer Schizophrenie setzt voraus, dass die psychotischen Symptome nicht auf Gehirnerkrankungen, sonstige körperliche Erkrankungen oder Effekte psychotroper Substanzen (Intoxikation, Entzug, medikamentöse Nebenwirkungen) zurückgeführt werden können; daher gehören zu der Diagnose auch somatische Untersuchungen (siehe Kap. 6.1). Außerdem dürfen neben den schizophrenen Symptomen nicht zeitgleich ausgeprägte affektive Symptome auftreten, in diesem Fall könnte es sich um eine schizoaffektive Störung handeln (siehe Kap. 3.1.6).

Fallbeispiel 3: Patient mit paranoidem Wahn und Coenästhesien

Ein 41-jähriger, verheirateter Mann, von Beruf Elektriker, erscheint bei seinem ambulanten Nervenarzt. Er war in den vergangenen Jahren mehrmals in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Zwischen den Aufenthalten lebt er weitgehend unauffällig, kann auch seiner Arbeit nachgehen. Beim Arzt erzählt er, dass er auf Drängen seiner Frau und seiner Tochter komme. Er habe heute am Waschbecken einen Stromschlag erlitten, der von der Badezimmerdecke herab in seinen Kopf durch seinen ganzen Körper gedrungen ist. Das geschehe ihm seit Jahren gelegentlich, in den letzten Wochen aber sehr häufig. Er ist sicher, dass die Nachbarn und auch der Vermieter dahinter stecken und den Strom als Waffe gegen ihn verwenden. Sie seien in kriminelle Machenschaften verwickelt. Er ist sicher, dass sie ihn zum Auszug aus der Wohnung bewegen wollen, damit sie damit ihren Profit machen können.

Tabelle 1 zeigt, welche diagnostische Kategorien der Schizophrenie in der ICD-10 unterschieden werden.

Tabelle 1:
Diagnostische Kategorien der Schizophrenie in der ICD-10

Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Meistens geprägt durch paranoiden Wahn und verbale Halluzinationen; andere Symptome wie Katatonie oder Störungen von Affekt, Antrieb, Sprache können ebenfalls vorkommen, stehen aber im Hintergrund. Dies ist weltweit die häufigste Form der Schizophrenie.
Hebephrene Schizophrenie (F20.1)	Zu beobachten sind vor allem ein flacher bzw. inadäquater Affekt, Manierismen, bizarres Verhalten, Grimassieren, häufig auch verantwortungsloses, unberechenbares Verhalten sowie formale Denkstörungen und eine zerfallene, weitschweifige Sprache. Mit dieser Diagnose werden i. d. R. ein früher Beginn (ab 15. Lebensjahr) und die schnelle Entwicklung von Negativsymptomen in Zusammenhang gebracht.
Katone Schizophrenie (F20.2)	Bei diesem Untertyp stehen psychomotorische Symptome im Vordergrund: Stupor, Erregung, Haltungstereotypen, Negativismus, Rigidität, Flexibilitas cerea, Befehlsautomatismus.
Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)	Hier sind die allgemeinen Kriterien der Schizophrenie erfüllt, aber kein Symptombereich überwiegt; entweder ist kein Symptombereich für sich genommen hinreichend ausgeprägt, oder mehrere Symptombereiche sind gleichermaßen stark ausgeprägt, so dass die Zuordnung zu einem der anderen Subtypen nicht möglich ist.
Postschizophrene Depression (F20.4)	Hiermit ist eine depressive Episode gemeint, die sich direkt im Anschluss an eine schizophrene Episode herausbildet. Psychotische Symptome können noch vorhanden sein, stehen aber im Hintergrund.
Schizophrenes Residuum (F20.5)	Diese Kategorie wird vor allem durch das Vorherrschen von Negativsymptomen charakterisiert. Dieser Zustand muss seit mindestens einem Jahr anhalten, und andere Erklärungen (Demenz, Hospitalismus, Depression) müssen ausgeschlossen werden. Zu einem früheren Zeitpunkt muss mindestens einmal eine psychotische Episode aufgetreten sein.
Schizophrenia simplex (F20.6)	Diese Diagnose, von deren Verwendung die Autoren der ICD-10 abraten, zielt auf ein seltenes, schwer diagnostizierbares Bild merkwürdigen Verhaltens, einhergehend mit einem Leistungsabfall und der zunehmenden Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen. Der Verlauf ist schleichend progredient und führt oft zu einem dramatischen sozialen Abstieg und Nichtsesshaftigkeit. Anders als bei dem schizophrenen Residuum kommt es niemals zu einer psychotischen Episode.

3.1.2 Schizotypie Störung (F21)

Schizotypie meint eine Gruppe von Merkmalen, die qualitativ den Symptomen der Schizophrenie gleichen, quantitativ jedoch schwächer (und nur in schweren Fällen krankheitswertig) ausgeprägt sind. Es wird ein genetischer Bezug zur Schizophrenie angenommen. Obwohl die diagnostischen Kriterien der Schizotypie in ICD-10 (Dilling et al., 2008) bzw. DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) ähnlich sind, verfahren beide Systeme jedoch recht unterschiedlich mit dieser Diagnose. In der ICD-10 findet sich im Schizophreniekapitel zwar die Diagnose „Schizotypie Störung“, jedoch wird diese Kategorie nicht zum allgemeinen Gebrauch empfohlen. Im DSM-IV ist die Diagnose „Schizotypische Persönlichkeitsstörung“ (Code 301.22) den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet, eine Einschränkung des Gebrauchs wird nicht erwähnt.

Der auf einer Zusammenziehung der Worte *Schizophrenie* und *Genotyp* beruhende Begriff Schizotypie wurde von Rado (1953) eingeführt und zielte ursprünglich auf ein zeitstabiles Muster verschiedener Defizienzen (Affekt, Empathie, Lebensfreude, Autonomie). Neben der Annahme einer schizophrenietypischen Persönlichkeitsorganisation implizierte der Begriff auch genetische Gemeinsamkeiten zwischen schizophrenen und schizotypischen Personen. Von großem Einfluss war das von Meehl (1962, 1990) beschriebene Modell der Schizotypie. Hierbei wurde ein genetischer Faktor unterstellt, der bei 10 % der Bevölkerung die individuelle Entwicklung in vielfältiger Hinsicht prägt (z. B. neuronal, sozial) und mit einem erhöhten Psychoserisiko einhergeht (Schizotaxie). Von diesem Taxon erkrankten nach Meehl (1962, 1990) wiederum 10 % tatsächlich an einer Schizophrenie.

Schizotaxie

In der ICD-10 werden folgende Symptome der schizotypen Störung zugeordnet: (1) inadäquater oder eingeschränkter Affekt; (2) seltsames oder eigenartiges Verhalten und Erscheinung; (3) wenig soziale Bezüge, Tendenz zu sozialem Rückzug; (4) seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken; (5) Misstrauen oder paranoide Ideen; (6) zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand; (7) ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse; (8) Denken und Sprache vage und umständlich; (9) gelegentliche quasipsychotische Episoden. Es müssen mindestens drei dieser Merkmale mindestens zwei Jahre lang ständig oder episodisch vorhanden gewesen sein; die Kriterien für eine Schizophrenie dürfen nie erfüllt worden sein. Im Kapitel 6.5 wird ein Beispiel für eine schizotypie Störung beschrieben (S. 134: Frau W.).

3.1.3 Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)

Das einzige oder zumindest eindeutig vorherrschende Merkmal dieser Erkrankung ist ein langandauernder (i. d. R. über viele Jahre bestehender) Wahn. Für die Diagnose wird gefordert, dass der Wahn seit zumindest drei

Monaten besteht. Depressivität bis hin zu einer vollentwickelten depressiven Episode ist kein Ausschlusskriterium, sofern der Wahn unabhängig davon anhält. Jedoch darf keine Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegen, die als Erklärung des Wahns infrage kommt, und in der Vorgeschichte dürfen nicht die Kriterien einer Schizophrenie erfüllt worden sein. Die Beziehungen zwischen wahnhaften Störungen und Schizophrenie sind nicht restlos geklärt. Im Kapitel 6.5 wird ein Beispiel für eine wahnhafte Störung beschrieben (S. 131: Herr M.).

3.1.4 Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)

Es handelt sich um eine Gruppe von Störungen mit z. T. recht unterschiedlichen Erscheinungsformen, die als gemeinsame Merkmale (1) einen akuten Beginn innerhalb von zwei Wochen, (2) ein typisches Syndrom und (3) das Vorliegen einer akuten Belastung aufweisen. Mit akutem Beginn ist der kurzfristige Wechsel von einem Zustand ohne psychotische Symptome in einen eindeutig psychotischen Zustand gemeint; je abrupter der Wechsel, desto besser die Prognose. Das psychopathologische Bild kann täglich oder gar stündlich wechseln („polymorph“), aber es kann auch das Vollbild einer Schizophrenie mit vergleichsweise stabilen psychotischen Symptomen erscheinen. In diesem Fall (F23.2: akute schizophreniforme psychotische Störung) ist das Zeitkriterium der einzige Unterschied zu einer Schizophrenie. Bestehen die Symptome länger als einen Monat fort, so ist die Diagnose zu ändern und von einer Schizophrenie auszugehen (F20). Substanzwirkungen oder medizinische Krankheitsfaktoren müssen ausgeschlossen werden.

Diagnose-
wechsel

3.1.5 Induzierte wahnhafte Störung (F24)

Diese Störung, die auch unter dem älteren Namen Folie à deux bekannt ist, kommt eher selten vor. Sie tritt bei Personen auf, die eine enge emotionale Bindung zu einer anderen Person haben, bei der eine echte psychotische Störung mit chronischer Wahnentwicklung vorliegt (z. B. bei der Ehefrau eines an einer Schizophrenie erkrankten Mannes). In solchen Fällen kann das Wahnthema (z. B. Verfolgungswahn, Größenwahn) des primär kranken Partners von einem oder mehreren anderen übernommen werden; in seltenen Fällen können auch Halluzinationen geteilt werden. Meistens leben die betreffenden Personen sozial isoliert, und der primär Kranke dominiert die Beziehung. Eine induzierte wahnhafte Störung verschwindet meistens von selbst, wenn die betreffende Person von dem primär Kranken getrennt wird.

Folie à deux

3.1.6 Schizoaffective Störungen (F25)

Zwischen-
stellung
zwischen
Schizophrenie
und affektiver
Störung

Hauptmerkmal dieser Störungen ist das Vorhandensein schizophrener und affektiver Symptome in derselben Krankheitsphase, d. h., die Symptome treten gleichzeitig oder mit wenigen Tagen Abstand auf. Die Diagnose einer schizoaffectiven Störung muss in diesem Fall selbst dann gestellt werden, wenn die schizophrenen Symptome für sich allein die Diagnose einer Schizophrenie rechtfertigen würden. Es wird zwischen der manischen (F25.0), der depressiven (F25.1) und der gemischten (F25.2) schizoaffectiven Störung unterschieden. Sie nehmen eine Zwischenstellung zwischen Schizophrenie und affektiver Störung ein. Eine spezifische Ätiopathogenese ist nicht bekannt. Die Existenz dieser Störungen und ihre Häufigkeit (ca. 10 % aller Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum) bilden einen Widerspruch zu „Kraepelins Dichotomie“ und unterstützen Konzeptionen der „Einheitspsychose“. Dieses theoretische Problem ist bis heute ungelöst. Unter den Verwandten schizoaffectiver Patienten treten sowohl affektive Störungen als auch Schizophrenie häufiger auf. Das Morbiditätsrisiko für Verwandte ersten Grades liegt zwischen 12 und 42 %. Die Prognose ist günstiger als bei einer reinen Schizophrenie, v. a. bei schizomanischen Störungen. Es bleibt eher bei einem phasenhaften Verlauf mit vollständiger Remission, residuale Verläufe sind seltener. Die Pharmakotherapie orientiert sich in der Akutphase an den Standards für Schizophrenie (Neuroleptika); bei der schizo-depressiven Form können zusätzlich auch Antidepressiva eingesetzt werden. Die Langzeittherapie kann sich auf eine Rückfallprophylaxe (z. B. mit Lithium) beschränken, wenn die affektive Symptomatik im Vordergrund steht.

3.2 DSM-IV-TR

3.2.1 Schizophrenie (295)

Im Schizophreniekapitel des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) werden unter „Kriterium A“ fünf Symptombereiche genannt: Wahnphänomene, Halluzinationen, desorganisierte Sprache, desorganisiertes Verhalten oder Katatonie sowie negative Symptome. Die Diagnose einer Schizophrenie erfordert, dass mindestens zwei dieser fünf Symptombereiche für einen erheblichen Teil mindestens eines Monats vorhanden waren („floride Phase“). Handelt es sich um bizarren Wahn oder um dialogisierende oder kommentierende Stimmen (Erstrangsymptome nach Kurt Schneider), so genügt eines dieser Symptome. In „Kriterium B“ werden Einbußen in wichtigen psychosozialen Funktionsbereichen (z. B. zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeit, Ausbildung) gefordert. Das „Kriterium C“ verlangt das Vorhandensein eini-

ger psychopathologischer Symptome für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, wobei es sich dabei auch um abgeschwächte bzw. prodromale bzw. residuale Zeichen und Symptome handeln kann. Drei weitere Bereiche beziehen sich auf einige mögliche Ausschlusskriterien (z. B. schizoaffektive Störung, Substanzkonsum, Autismus).

Das DSM-IV-TR unterscheidet die in Tabelle 2 dargestellten Subtypen der Schizophrenie.

Tabelle 2:
Subtypen der Schizophrenie im DSM-IV-TR

Paranoider Typus (295.30)	Weitgehend identisch mit der paranoiden Schizophrenie (F20.0 sensu ICD-10).
Desorganisierter Typus (295.10)	Weist gewisse Übereinstimmungen mit der Hebephrenie (F20.1) in der ICD-10 auf: Hauptmerkmale sind desorganisierte Sprechweise, desorganisiertes Verhalten und verflachter oder inadäquater Affekt, allerdings sind ein früher Beginn oder die schnelle Entstehung von Negativsymptomen keine Voraussetzungen für diese Diagnose.
Katatoner Typus (295.20)	Vergleichbar mit der katatonen Schizophrenie in der ICD-10 (F20.2).
Undifferenzierter Typus (295.90)	Gleicht der undifferenzierten Schizophrenie in der ICD-10 (F20.3).
Residualer Typus (295.60)	Entspricht dem schizophrenen Residuum in der ICD-10 (F20.5).

3.2.2 Schizotypische Persönlichkeitsstörung (301.22)

Im DSM-IV-TR wird die Schizotypie nicht im Schizophreniekapitel beschrieben, sondern den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Es werden neun diagnostische Kriterien genannt, von denen mindestens fünf erfüllt werden müssen: (1) Beziehungsideen; (2) seltsame Überzeugungen; (3) ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen; (4) seltsame Denk- und Sprechweise; (5) Misstrauen und paranoide Vorstellungen; (6) inadäquater oder eingeschränkter Affekt; (7) seltsames Verhalten oder seltsame Erscheinung; (8) Mangel an engen Freunden, (9) soziale Angst.

Die Beschreibungen von ICD-10 und DSM-IV-TR ähneln sich, jedoch gibt es einige wesentliche Unterschiede. So gehören in der Beschreibung der schizotypen Störung in der ICD-10 zwanghaftes Grübeln und gelegentli-

ICD vs. DSM