

### 3.2.2 Diagnostik der Schizophrenie im DSM-5

Im DSM-5 werden zunächst fünf Leitsymptome für das gesamte Schizophreniespektrum angegeben, an denen sich die diagnostischen Kriterien aller Kategorien in dieser Hauptgruppe orientieren:

- Wahn
- Halluzinationen
- desorganisiertes Sprechen und Denken
- grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten
- Negativsymptome

Die speziellen diagnostischen Kriterien für die Schizophrenie sind in der folgenden Übersicht aufgeführt [5]. Ausgangspunkt für die Schizophreniediagnose ist das Vorhandensein von mindestens zwei der fünf Leitsymptome für einen Zeitraum von mindestens einem Monat. Kommt es lediglich zu einem isolierten Auftreten eines Wahns, kann keine Schizophrenie diagnostiziert werden. Vielmehr ist dann zu prüfen, ob die Kriterien für eine *wahnhaftige Störung* erfüllt sind. Weiterhin wird gefordert, dass die Zeichen des Störungsbildes (einschließlich Prodromal- und Residualphase) mindestens sechs Monate andauern. Auf diese Weise erfolgt ganz wesentlich die Abgrenzung von der *kurzen psychotischen Störung* und der *schizophreniformen Störung*. Darüber hinaus wird im DSM-5 explizit eine Abgrenzung von den *schizoaffectiven, depressiven und bipolaren Störungen* gefordert. Dies erfolgt aufgrund des Fehlens einer gleichzeitig mit floriden psychotischen Symptomen auftretenden

depressiven oder manischen Episode. Falls eine solche doch auftritt, wird für die Diagnose einer Schizophrenie gefordert, dass diese nur von kurzer Dauer im Vergleich zur floriden und residualen Phase der Schizophrenie ist. Weitere diagnostische Kriterien betreffen die Abgrenzung einer *Autismus-Spektrum-Störung* sowie die Forderung von deutlichen sozialen oder beruflichen Leistungseinbußen.

Alle Störungen des Schizophreniespektrums sind durch die fünf genannten Leitsymptome charakterisiert. Die Abgrenzung der Schizophrenie von den anderen Störungsbildern des Schizophreniespektrums erfolgt im DSM-5 letztlich ganz maßgeblich aufgrund von Zeitkriterien:

- Bei der *kurzen psychotischen Störung* dauert die Symptomatik höchstens einen Monat an.
- Bei der *schizophreniformen Störung* dauert die Symptomatik zwischen einem und sechs Monaten an.
- Bei der *schizoaffectiven Störung* tritt zur psychotischen Symptomatik eine manische oder depressive Episode von nicht nur kurzer Dauer auf.

Im Gegensatz zum DSM-IV wird im DSM-5 auf eine Einteilung der Schizophrenie in die klassischen Subtypen (z. B. paranoider, katatoner oder hebefrener bzw. desorganisierter Typus) verzichtet. Es besteht vielmehr die Möglichkeit, das Vorliegen katatoner Symptome nach den folgenden Kriterien als Spezifizier zu kodieren [5]. Hierbei werden insgesamt zwölf typische Symptome aufgelistet.

#### Diagnostische Kriterien der Schizophrenie im DSM-5

- Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer einmonatigen Zeitspanne (oder kürzer, wenn erfolgreich behandelt), mindestens eines dieser Symptome muss 1., 2. oder 3. sein:
  1. Wahn
  2. Halluzinationen
  3. desorganisiertes Sprechen oder Denken
  4. grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten
  5. Negativsymptome
- deutliche Einbußen in zentralen Funktionsbereichen wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge für eine erhebliche Zeitspanne seit Beginn der Erkrankung
- Zeichen des Störungsbildes für mindestens sechs Monate
- Ausschluss einer schizoaffectiven Störung oder einer depressiven bzw. bipolaren Störung mit psychotischen Merkmalen (keine depressive bzw. manische Episode gemeinsam mit floriden psychotischen Symptomen oder nur von kurzer Dauer im Vergleich zur floriden und residualen Phase der Schizophrenie)
- Ausschluss von Substanzeinfluss oder eines medizinischen Krankheitsfaktors als Ursache
- bei Vorgeschichte einer Autismus-Spektrum-Störung Vergabe einer zusätzlichen Schizophreniediagnose nur im Falle ausgeprägter Wahnphänomene oder Halluzinationen

### Kriterien für den Katatonie-Spezifizier im DSM-5

Kennzeichnung des klinischen Bildes durch mindestens drei der folgenden Symptome

- Stupor
- Katalapsie
- wächserne Biegsamkeit
- Mutismus
- Negativismus
- Verharren
- Manierismen
- Stereotypien
- Agitation
- Grimassieren
- Echolalie
- Echopraxie

Dieser *Katatonie-Spezifizier* kann nicht nur bei der Schizophrenie, sondern auch bei anderen diagnostischen Kategorien vergeben werden. Die Katatonie wird somit nicht als ein spezieller Subtyp der Schizophrenie, sondern vielmehr als ein nosologisch unspezifisches psychopathologisches Syndrom angesehen.

Als weitere Spezifizier wird im DSM-5 eine Reihe von Verlaufsformen angeführt [5]. Hierbei wird auf der einen Seite zwischen einzelnen und mehrfachen Episoden und auf der anderen Seite zwischen Akutphase, Teilremission und Vollremission unterschieden. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, einen kontinuierlichen Verlauf zu kodieren. Das von Emil Kraepelin aufgestellte Postulat eines ungünstigen Verlaufs mit der Einmündung in „*eigenartige Schwächezustände*“ [111] ist nicht in die Konzeption des DSM-5 eingegangen. Vielmehr wird hier auf eine ausgeprägte Heterogenität des Verlaufes hingewiesen, welche auch einzelne Episoden mit einer Vollremission einschließt. Weiterhin wird auf die Verwendung der „Psychosis Symptom Severity Scale“ hingewiesen, mit deren Hilfe der aktuelle Schweregrad der Störung spezifiziert werden kann und eine syndromale Einordnung auf acht Dimensionen möglich ist (Kap. 2.5).

### Verlaufs-Spezifizier für die Schizophrenie im DSM-5

- erste Episode, gegenwärtig akut
- erste Episode, gegenwärtig teilremittiert
- erste Episode, gegenwärtig vollremittiert
- multiple Episoden, gegenwärtig akut
- multiple Episoden, gegenwärtig teilremittiert
- multiple Episoden, gegenwärtig vollremittiert
- kontinuierlich
- nicht näher bezeichnet

### 3.2.3 Diagnostik der Schizophrenie in der ICD-10

In der ICD-10 stellt die *Schizophrenie* die wichtigste Störung innerhalb des Kapitels *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* dar. Die speziellen diagnostischen Kriterien für die Schizophrenie sind nachstehend aufgeführt [216].

#### Diagnostische Kriterien der Schizophrenie in der ICD-10

**Vorhandensein** von mindestens einem unter 1. aufgezählten Symptom oder von mindestens zwei der unter 2. aufgezählten Symptome während der meisten Zeit innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Monat.

1.
  - Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
  - Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung
  - kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
  - anhaltender, kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (beispielsweise das Wetter kontrollieren zu können oder von Außerirdischen gesteuert zu sein)

2.

- anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, undeutlich ausgebildete Wahngedanken
- Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschübnungen in den Gedankenfluss
- katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypen oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
- „negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte

#### Ausschlusskriterien

- Falls ebenfalls die Kriterien für eine manische oder eine depressive Episode erfüllt sind, müssen die aufgelisteten Kriterien vor der affektiven Störung aufgetreten sein.
- Die Störung kann nicht einer organischen oder einer substanzinduzierten Gehirnerkrankung zugeordnet werden.

Im Vergleich zum DSM-5 fallen zwei wesentliche Unterschiede auf:

- In der ICD-10 wird eine zeitliche Dauer der Symptomatik von lediglich einem Monat gefordert, während im DSM-5 eine Dauer der gesamten Symptomatik von sechs Monaten erforderlich ist.
- In der ICD-10 sind die Beschreibungen der Symptome wesentlich differenzierter, wobei sich ein besonderer Bezug zu den Symptomen 1. Ranges im Sinne von Kurt Schneider (Kap. 6.4) findet.

So kann gemäß den diagnostischen Kriterien der ICD-10 bereits nach vier Wochen eine Schizophrenie diagnostiziert werden. Während nach den Kriterien des DSM-5 mindestens zwei Symptome aus unterschiedlichen Bereichen zur Diagnose erforderlich sind, genügt in der ICD-10 unter Umständen schon ein Symptom wie beispielsweise Gedankeneingebung, Wahnwahrnehmung oder kommentierende Stimmen. Hierbei handelt es sich um Symptome, die auf sich von den auf Kurt Schneider zurückgehenden Symptomen 1. Ranges ableiten [174].

Im Gegensatz zum DSM-5 werden in der ICD-10 noch die traditionellen Subtypen der Schizophrenie aufgeführt [216].

### Subtypen der Schizophrenie in der ICD-10

- paranoide Schizophrenie
- hebephrene Schizophrenie
- katatone Schizophrenie
- undifferenzierte Schizophrenie
- postschizophrene Depression
- schizophre Residuum
- Schizophrenia simplex

Neben den drei von Emil Kraepelin [111] beschriebenen Formen (paranoide, hebephrene und katatone Subtypus) finden sich hier noch Konzepte wie die *postschizophrene Depression* oder das *schizophrene Residuum*. Unklar ist hierbei allerdings, ob hier verlaufsstabile Typen oder lediglich verschiedene Erkrankungsphasen beschrieben werden sollen.

Die Möglichkeiten einer Verlaufskodierung sind hingegen wieder gut mit denen des DSM-5 vergleichbar, weshalb auf eine ausführliche Darstellung hier bewusst verzichtet wird. Auch in der ICD-10 ist das Konzept Emil Kraepelins von einer definitionsgemäß chronisch verlaufenden Erkrankung nicht in die Konzeptbildung eingegangen. Ähnlich wie im DSM-5 wird somit auch in der ICD-10 von einer Heterogenität des Verlaufs ausgegangen.

Die Differenzialdiagnose gegenüber den *akuten vorübergehenden psychotischen Störungen* erfolgt in erster Linie aufgrund der zeitlichen Dauer der Symptomatik (mindestens vier Wochen im Falle einer Schizophrenie) und lediglich in zweiter Linie aufgrund eines charakteristischen Symptombildes [81]. Die Abgrenzung gegenüber den *schizoaffektiven Störungen* erfolgt hingegen aufgrund des Fehlens einer ausgeprägten manischen oder depressiven Symptomatik.

Auch in der ICD-11 wird es voraussichtlich diagnostische Kriterien für *Schizophrenie*, *schizoaffektive Störung*, *akute vorübergehende psychotische Störung* und *wahnhafte Störung* innerhalb eines *Schizophreniespektrums* geben. Die aktuellen Entwürfe deuten aber darauf hin, dass ähnlich wie im DSM-5 auf die Einteilung in die traditionellen Subtypen verzichtet wird. Unklar ist jedoch noch, wie die diagnostischen Kriterien für die Schizophrenie aussehen und ob die Symptome 1. Ranges im Sinne von Kurt Schneider weiterhin eine so wesentliche Rolle wie in der ICD-10 spielen werden.

### 3.2.4 Fallbeispiele zur Diagnostik der Schizophrenie

Die Anwendung der diagnostischen Kriterien soll zunächst an einem Fall verdeutlicht werden, bei denen die Entscheidungsfindung keine Schwierigkeiten bereitet (**Fallbeispiel 1**) [79]. Die diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien des DSM-5 ist in ► Tab. 3.1 dargestellt.

Aufgrund des deutlich ausgeprägten Wahns sowie der akustischen Halluzinationen lässt sich mit Hilfe des DSM-5 unschwer eine Schizophrenie

diagnostizieren. Das Zeitkriterium von sechs Monaten ist bei dem insgesamt zweijährigen Krankheitsverlauf erfüllt. Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung lässt sich der Verlaufsspezifizier „Erste Episode, gegenwärtig teilremittiert“ hinzufügen. Aus dem Gesamtbild wird man keinen Zweifel haben, dass es sich hier um einen ausgeprägten Verfolgungswahn handelt. Am Beginn der Erkrankung, wo sich die Patientin lediglich von ihrem geschiedenen Mann verfolgt und überwacht gefühlt hatte, dürfte jedoch diese Einschätzung viel schwerer zu treffen gewesen sein.



#### Fallbeispiel 1

Eine 48-jährige Frau wird nach sechsmonatiger ambulanter Behandlung stationär in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Sie berichtet, dass sie seit etwa zwei Jahren von ihrem geschiedenen Mann überwacht und verfolgt werde. Dieser habe es auf ihr gemeinsames Kind abgesehen. Durch das Radio und das Telefon werde sie abgehört. Sie glaube aber auch, dass sie von einem ehemaligen Arbeitskollegen geliebt werde. Aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz sei ihr jedoch inzwischen gekündigt worden. In den letzten Tagen habe sich die Situation zugespitzt. Nun seien auch Ausländer hinter ihr her, die sie umbringen wollten. Nachts höre sie in der Wohnung Lärm, der sie fertig machen solle. Außerdem spüre sie oft durch einen äußeren Einfluss ein Druckgefühl im Rücken. Von einer Liege, die aus ihrer ehemaligen Wohnung stamme, gehe eine unklare Kraft aus. Hinter allem stecke ihr Mann, der Mitglied der Mafia sei. Dieser wolle den gemeinsamen Sohn, der ihr nach der Scheidung zu-

gesprachen worden sei, wiederbekommen, um ihn zu verkaufen.

Im psychopathologischen Befund zeigte sich ein Verfolgungswahn (ihr geschiedener Mann, Ausländer und die Mafia seien hinter ihr her) sowie ein Liebeswahn (ein Arbeitskollege sei in sie verliebt). Es fanden sich deutliche Wahnwahrnehmungen (viele Sendungen im Fernsehen würden sich mit ihrer Situation und ihrer Person befassen), akustische Halluzinationen (sie habe mehrfach eine Stimme in der Nacht schreien hören) sowie taktile Halluzinationen in Form eines Schmerz- und Druckgefühls. Das formale Denken war deutlich eingengt.

Körperliche Untersuchung und apparative Zusatzdiagnostik ergaben keinen wegweisenden Befund. Unter einer antipsychotischen Therapie kam es zu einer langsamen Besserung des Befundes, so dass eine Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgen konnte.

Tab. 3.1 Diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien des DSM-5 im Fallbeispiel 1.

| Diagnosekriterien für die Schizophrenie                                         | Anwendung auf das Fallbeispiel                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mindestens zwei der fünf Hauptsymptome für die Dauer von mindestens einem Monat | Wahn (Verfolgungswahn und Liebeswahn), Halluzinationen (akustisch und taktil)                              |
| deutliche Einbußen in zentralen Funktionsbereichen                              | Kündigung aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz                                                           |
| Dauer des Störungsbildes von mindestens sechs Monaten                           | Beginn der Symptomatik vor zwei Jahren                                                                     |
| Ausschluss einer schizoaffektiven, depressiven oder bipolaren Störung           | keine Symptome einer manischen oder depressiven Episode                                                    |
| Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors oder von Substanz Einfluss     | Zusatzdiagnostik ohne wegweisenden Befund, regelmäßiger Alkoholkonsum ohne Abhängigkeit, kein Drogenkonsum |
| Bezug zur einer Autismus-Spektrum-Störung                                       | kein Hinweis für Autismus-Spektrum-Störung                                                                 |

Auch nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 kann hier eine Schizophrenie diagnostiziert werden. Zu diskutieren ist allerdings, ob der Wahn als „bizarrr“ bzw. „kulturell unangemessen“ bezeichnet werden kann [216]. Allerdings finden sich klare Wahnwahrnehmungen, welchen in Anlehnung an Kurt Schneider [174] in der ICD-10 bei der Schizophreniediagnose ein besonderes Gewicht zukommt. Darüber hinaus bestehen auch akustische Halluzinationen. Somit stimmen hier DSM-5 und ICD-10 in der diagnostischen Einordnung miteinander überein. Auf eine tabellarische Darstellung der diagnostischen Entscheidungsfindung gemäß der ICD-10 wird deshalb verzichtet. Gemäß den ICD-10-Kriterien lässt sich eine *paranoide* Schizophrenie diagnostizieren, während das DSM-5 auf eine solche Subtypisierung verzichtet.

Der nächste Fall soll als Beispiel dafür dienen, dass die diagnostische Einordnung in DSM-5 und ICD-10 durchaus voneinander abweichen können (**Fallbeispiel 2**) [79]. Die diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien der ICD-10 ist in ▶ Tab. 3.2 dargestellt.

Es lässt sich hier in der ICD-10 ohne Probleme eine Schizophrenie diagnostizieren, die dem paranoiden Subtypus zugeordnet werden kann. Mit

den akustischen Halluzinationen in Form von kommentierenden Stimmen sowie den Wahnwahrnehmungen sind sogar zwei der „erstrangigen“ Symptome der ICD-10 für diese Diagnose erfüllt. Die Steigerung von Antrieb und Psychomotorik können hier zunächst auch an eine manische Symptomatik denken lassen. Wären die Kriterien für eine manische Episode erfüllt, käme nach den Kriterien der ICD-10 differenzialdiagnostisch eine schizoaffektive Störung infrage. Der Affekt war jedoch nicht euphorisch oder gereizt, sondern vielmehr ratlos und ängstlich. Aus diesem Grund sind die Kriterien für eine manische Episode nicht erfüllt. Es zeigt sich hier allerdings aufgrund der deutlichen Angstsymptomatik ein starker Bezug zum nosologischen Konzept der *Angst-Glücks-Psychose* im Sinne von Karl Leonhard (Kap. 6.5.3). Auch der Verlauf mit Vollremissionen nach den einzelnen Episoden wäre gut mit diesem Konzept vereinbar. Aufgrund des eher günstigen Verlaufes wurde die „Angst-Glücks-Psychose“ von Leonhard nicht zu den Schizophrenien, sondern zu den *zykloiden Psychosen* gezählt [122]. Tatsächlich handelt es sich bei der hier geschilderten Patientin um einen episodischen Krankheitsverlauf mit der aktuell zweiten Episode.

### Fallbeispiel 2

Eine 43-jährige kaufmännische Angestellte wird von ihrem Ehemann zur stationären Aufnahme gebracht, nachdem sie stundenlang aufgeregt durch die Wohnung gelaufen war und hierbei die ganze Zeit nur laut gelacht und völlig unverständlich gesprochen hatte. Etwa zwei Wochen vor der Aufnahme habe sie angefangen, nachts mit der Kriminalpolizei zu telefonieren und über Abhörgeräte in der Wohnung zu klagen. Sie sei der festen Überzeugung gewesen, dass in der Wohnung Wanzen aufgestellt seien, um sie abzuhören und sie zu filmen. Im Restaurant habe sie geglaubt, dass die anderen Leute über sie reden. Zum Zeitpunkt der Aufnahme war eine geordnete Exploration nicht möglich. Wenige Tage später berichtete sie, dass sie unter einer großen Angst gelitten habe. Sie vermute, dass die Kriminalpolizei ein Sprechband ins Telefon eingebaut habe, da sie dort unbekannte Stimmen mit dem Wortlaut „bitte melden Sie sich“ und „Sie wer-

den abgehört“ vernommen habe. Vor etwa sieben Jahren sei sie bereits einmal in ambulanter Behandlung gewesen, da sie sich verfolgt gefühlt habe. Die Symptomatik sei jedoch rasch wieder abgeklungen.

Im psychopathologischen Befund zeigen sich ein ausgeprägter Verfolgungswahn mit Wahnwahrnehmungen (die Polizei habe Wanzen installiert, am Telefon werde sie abgehört) und akustische Halluzinationen (Stimmen am Telefon, die sagten, dass sie abgehört werde). Im formalen Denken war sie stark zerfahren (sie sagte, sie fürchte die Baader-Meinhof-Bande und fragte im gleichen Satz, ob AOK, Depression und Frau T. für die Ärztin ein Begriff sei). Im Affekt war sie deutlich ratlos und ängstlich. Antrieb und Psychomotorik waren gesteigert.

Unter einer antipsychotischen Therapie verschwand die Symptomatik nach vier Wochen. Nach fünf Wochen konnte sie in einem vollremittierten Zustandsbild entlassen werden.

**Tab. 3.2** Diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien der ICD-10 im Fallbeispiel 2.

| Diagnosekriterien für die Schizophrenie                                                  | Anwendung auf das Fallbeispiel                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mindestens ein Symptom aus Gruppe 1 oder zwei aus Gruppe 2 für die Dauer von einem Monat | akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören, Verfolgungswahn in Form von Wahnwahrnehmungen, Dauer der Symptomatik von ungefähr sechs Wochen                             |
| Ausschluss einer manischen oder depressiven Episode                                      | ratloser und ängstlicher Affekt mit Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, Kriterien für eine manische Episode werden nicht erfüllt, kein Hinweis auf depressive Symptomatik |
| Ausschluss von Substanzeinfluss oder einer organischen Störung                           | Zusatzdiagnostik ohne wegweisenden Befund, kein Alkohol- oder Drogenkonsum                                                                                                      |

Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-5 lässt sich jedoch im Gegensatz zur ICD-10 im Fallbeispiel 2 keine Schizophrenie diagnostizieren. Der Grund dafür liegt nicht in der hier geschilderten Symptomatik, sondern vielmehr in der Dauer der Erkrankung. Die Symptomatik hatte etwa zwei Wochen vor der stationären Aufnahme begonnen. Hinweise auf eine Prodromalphase gibt es nicht. Nach fünf Wochen stationärer Behandlung konnte die Patientin wieder in einem vollremittierten Zustand entlassen werden. Somit ist von einer Krankheitsperiode mit etwa sechs Wochen Dauer auszugehen. Im DSM-5 wird für die Diagnose einer Schizophrenie jedoch eine Dauer der Symptomatik (einschließlich Prodromal- und Residualphase)

von sechs Monaten gefordert. Das Schizophreniekonzept ist somit im DSM-5 deutlich enger gefasst als dies in der ICD-10 der Fall ist. So ist hier nach den diagnostischen Kriterien des DSM-5 keine Schizophrenie, sondern eine *schizophreniforme Störung* zu diagnostizieren. Diese ist durch die gleiche Symptomatik wie die Schizophrenie charakterisiert, die zeitliche Dauer der Symptomatik liegt jedoch zwischen einem und sechs Monaten.

Im nächsten Fall fällt die diagnostische Entscheidungsfindung hingegen deutlich schwerer (**Fallbeispiel 3**) [79]. Die diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien des DSM-5 ist in ▶ Tab. 3.3 dargestellt.

### Fallbeispiel 3

Eine 22-jährige Frau wird mit einem gehemmt-apatthischen Bild notfallmäßig stationär in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Fremdanamnestic war zu erfahren, dass sie in den letzten Wochen immer verschlossener geworden sei. Seit dem Tod ihrer Schwester vor zwei Jahren leide sie an Schuldgefühlen, sie habe über depressive Stimmung und Insuffizienzgefühle geklagt. Die zuvor lebenslustige junge Frau habe zunehmend ihre sozialen Kontakte abgebrochen. Nachdem sich nach einigen Tagen das gehemmt-apatthische Bild gebessert hatte, war eine geordnete Exploration möglich. Die Patientin berichtete, dass sie unter der großen Angst gelitten habe, ihre Familie ins Unglück zu stürzen. Sie habe die Stimme ihres Chefs gehört, der mit ihr unzufrieden gewesen sei. Nach dem Treffen mit einem Bekannten habe sie gedacht, dass er sie im Auftrag ihres Arbeitgebers ausspionieren und vergiften wolle. Seit etwa einem Jahr höre sie Stimmen, die sich abfällig über ihre Person äußerten.



Psychopathologisch zeigte sich ein Verfolgungswahn und ein Vergiftungswahn (ein Bekannter wolle sie ausspionieren und habe sie vergiftet) sowie akustische Halluzinationen (sie höre Stimmen, die über sie abfällige Bemerkungen machen). Weiterhin fiel ein ängstlich-ratloser, aber auch deutlich depressiver Affekt („müde, schlapp, traurig und ängstlich“) auf. Die Patientin war deutlich antriebsgemindert und psychomotorisch verlangsamt. Sie klagte über Schuld- und Insuffizienzgefühle sowie über Schlafstörungen. Während des Aufenthaltes kam es auch zu suizidalem Verhalten (sie wollte sich eine Schere in den Bauch rammen).

Körperliche Untersuchung und apparative Zusatzdiagnostik ergaben keinen wegweisenden Befund. Wahn und Halluzination besserten sich nach zwei Wochen, der ängstlich-depressive Affekt hielt vier Wochen lang an.

Tab. 3.3 Diagnostische Entscheidungsfindung nach den Kriterien des DSM-5 im Fallbeispiel 3.

| Diagnosekriterien für die Schizophrenie                                         | Anwendung auf das Fallbeispiel                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mindestens zwei der fünf Hauptsymptome für die Dauer von mindestens einem Monat | Wahn (Verfolgungswahn und Vergiftungswahn), Halluzinationen (Stimmenhören), katatonies Verhalten (gehemmt-<br>apathisches Bild für einige Tage), Negativsymptome (sozialer Rückzug, Antriebsmangel)                                                                                 |
| deutliche Einbußen in zentralen Funktionsbereichen                              | Erfordernis einer stationären Behandlung                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dauer des Störungsbildes von mindestens sechs Monaten                           | Symptomatik seit etwa zwei Jahren                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ausschluss einer schizoaffectiven, depressiven oder bipolaren Störung           | Vorliegen einer Major Depression (depressive Verstimmung, Interessenverlust, Schlaflosigkeit, psychomotorische Verlangsamung, Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit, Suizidalität), jedoch nur von kurzer Dauer im Vergleich zur floriden und residualen Phase der Schizophrenie |
| Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors oder von Substanzeinfluss      | Zusatzdiagnostik ohne wegweisenden Befund, geringer Alkoholkonsum, kein Drogenkonsum                                                                                                                                                                                                |
| Bezug zur einer Autismus-Spektrum-Störung                                       | kein Hinweis für Autismus-Spektrum-Störung                                                                                                                                                                                                                                          |

Die psychopathologische Symptomatik ist dadurch geprägt, dass sowohl *typische Symptome einer Schizophrenie* vorkommen (Wahn, Halluzinationen, katatonies Verhalten, Negativsymptome) als auch die *Kriterien für eine Major Depression* (Kap. 3.4) erfüllt sind (depressive Verstimmung, Interessenverlust, Schlaflosigkeit, psychomotorische Verlangsamung, Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit, Suizidalität). Gemäß den diagnostischen Kriterien des DSM-5 ist nun zu beurteilen, ob die Episode der Major Depression nur von kurzer Dauer im Vergleich zur floriden und residualen Phase der Schizophrenie war. Aus den hier zur Verfügung stehenden Informationen wird deutlich, dass die Patientin seit etwa zwei Jahren unter Schuldgefühlen und depressiven Verstimmungen litt. Es ist schwierig zu beurteilen, ob bereits zu diesem Zeitpunkt die Kriterien für eine Major Depression erfüllt waren. Weiterhin ist zu erfahren, dass die Patientin schon seit etwa einem Jahr vor der stationären Aufnahme Stimmen hörte und sich mit Suizidgedanken beschäftigte. In dieser Zeit sei die zuvor als lebenslustig beschriebene junge Frau still und kontaktarm geworden. Auch hier ist nicht sicher zu beurteilen, ob die Kriterien für eine Major Depression erfüllt waren.

Man kann sich nun dazu entscheiden, die Symptomatik im Jahr vor dem stationären Aufenthalt als Major Depression einzuordnen oder sie andererseits als Prodromalphase einer Schizophrenie mit vorwiegender Negativsymptomatik auffassen. Im ersten Fall käme man zur Diagnose einer *depressiven Störung mit psychotischen Merkmalen*, im zweiten Fall würde der Fall hingegen als *Schizo-*

*phrenie* eingeordnet werden. Eine schizoaffective Störung scheidet aus, da es im ersten Fall darüber hinaus keinen Hinweis darauf gibt, dass Wahn und Halluzinationen für mindestens zwei Wochen auftraten, ohne dass die Kriterien für eine Major Depression erfüllt waren (Kap. 3.3). Die differenzialdiagnostische Entscheidung fällt in diesem Fall also einerseits aufgrund der Bewertung einzelner Symptome (depressive Symptomatik vs. Negativsymptomatik) und andererseits aufgrund der Einschätzung ihrer zeitlicher Dauer. Bei den hier zu treffenden diagnostischen Entscheidungen kann man sich nur bedingt auf klare Kriterien stützen, vielmehr ist hier maßgeblich auch das klinische Urteil gefragt. Im klinischen Alltag wird es immer schwierig sein, die genaue zeitliche Dauer und Abfolge der einzelnen Symptome zu bestimmen. Die hier auftretenden diagnostischen Schwierigkeiten sind nicht nur durch mangelnde Informationen in diesem speziellen Fall bedingt, sondern weisen auch auf grundsätzliche Probleme hin, die bei der Verwendung von Zeitkriterien entstehen.

Aufgrund des klinischen Gesamtbilds spricht einiges dafür, die Veränderungen im Jahr vor der stationären Aufnahme (sozialer Rückzug, Gleichgültigkeit) als *Negativsymptomatik* und nicht als Episode einer Major Depression zu werten. Die akustischen Halluzinationen in Form von Stimmenhören, die ausgeprägten Wahnideen und nicht zuletzt das Alter von 22 Jahren als typisches Erstmanifestationsalter schizophrener Psychosen sind eher mit einer Schizophrenie als mit einer depressiven Erkrankung vereinbar. Somit wird hier die Entscheidung getroffen, den sozialen Rückzug, und

den Interessenverlust als Negativsymptomatik einzuordnen und somit die Dauer der Major Depression als kurz im Vergleich zur Dauer der psychotischen Symptomatik anzusehen. Somit kommt man hier zur Diagnose einer Schizophrenie.

Bei Verwendung der Kriterien der ICD-10 stößt man hier im Fallbeispiel 3 auf die gleichen Probleme, welche für die diagnostische Entscheidungsfindung mit Hilfe des DSM-5 beschrieben wurden. Auch hier muss klinisch abgewogen werden, ob es sich um eine depressive oder um eine Negativsymptomatik handelt. Im Gegensatz zum DSM-5 kann hier allerdings noch die Diagnose einer schizoaffektiven Störung erwogen werden, da diese in der ICD-10 weiter als im DSM-5 gefasst ist (Kap. 3.3). Schließt man sich jedoch den zuvor angeführten Überlegungen an und geht von einer im Vordergrund stehenden Negativsymptomatik aus, so kommt man auch bei Verwendung der ICD-10-Kriterien zur Diagnose einer Schizophrenie.

### 3.2.5 Probleme bei der Schizophreniediagnose

Die Schizophreniekonzepte in DSM-5 und ICD-10 haben das Problem, dass sie ein sehr heterogenes Spektrum von verschiedenen Störungen umfassen, insbesondere auch in Hinblick auf die psychopathologische Symptomatik und den Verlauf [118]. Die Fallbeispiele 1, 2 und 3 können bereits einen Eindruck von dieser Heterogenität geben. Es gibt jedoch durchaus auch Fälle, welche noch weiter von den hier dargestellten Beispielen abweichen. Gelegentlich können auch Symptome wie Wahn und Halluzinationen fehlen. Dann muss sich die Diagnose auf desorganisiertes Sprechen oder Denken, katatonen Verhalten und Negativsymptomatik stützen [117]. Insbesondere können das Erkennen und das differenzierte Erfassen von katatonen Symptomen manchmal erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

Im DSM-5 wird ausdrücklich auf die traditionelle Unterteilung schizophrener Psychosen in paranoide, katatone und hebefrene Formen verzichtet, da sich diese Subtypisierung bisher nur als bedingt hilfreich erwiesen hat. Auch die ICD-11 wird vermutlich diesen Weg einschlagen. Das DSM-5 verfolgt vielmehr das Ziel, das Problem der Heterogenität durch Spezifizierung zu lösen. Hierbei wird jedoch auf eine früher etablierte psychopathologische Charakterisierung verschiedener Erkrankungsformen verzichtet.

Letztlich muss kritisch gefragt werden, was die diagnostische Kategorie der Schizophrenie heute überhaupt noch rechtfertigt, nachdem hier doch sehr unterschiedliche Konzepte zusammengefasst werden. So kann ein Schizophreniekonstrukt, welches sich weder auf klare neurobiologische Befunde noch auf verbindende psychopathologische Charakteristika stützt, auf Dauer nicht überzeugen [87].

## 3.3 Schizoaffektive Störungen

### 3.3.1 Konzeptuelle Grundlagen der schizoaffektiven Störungen

Auf Emil Kraepelin geht die dichotome Aufteilung der nicht-organischen Psychosen mit der Dementia praecox auf der einen und dem manisch-depressiven Irresein auf der anderen Seite zurück [111] (Kap. 6.1). Die Dementia praecox wurde hierbei mit einer ungünstigen und das manisch-depressive Irresein mit einer günstigen Prognose verbunden. Eugen Bleuler wich jedoch später deutlich von diesem Konzept ab und versuchte, die aus der Dementia praecox abgeleitete Schizophrenie durch spezifische Symptome im Querschnittbefund zu charakterisieren [18]. So bemühten sich im weiteren verschiedene Autoren um geeignete Konzepte für diejenigen Patienten, welche im Querschnitt Bleulers Gruppe der Schizophrenien zugeordnet werden können, jedoch einen eher günstigen Krankheitsverlauf im Sinne von Kraepelins manisch-depressivem Irresein aufweisen (► Tab. 3.4). Einige dieser Konzepte sind auch in die modernen Diagnosesysteme eingegangen.

In Zusammenhang mit den dargestellten historischen nosologischen Konzepten ist auch eine wichtige Arbeit der sogenannten *Neo-Kraepelinianer* aus dem Jahre 1970 erwähnenswert (Kap. 6.11). Eli Robins (1921–1994) und Samuel Guze (1923–

Tab. 3.4 Nosologische Konzepte im intermediären Bereich zwischen Schizophrenie und affektiven Psychosen.

| Nosologisches Konzept      | Erstbeschreiber            |
|----------------------------|----------------------------|
| Degenerationspsychose      | Paul Schröder, Karl Kleist |
| Bouffée délirante          | Valentin Mangan            |
| schizoaffektive Psychose   | Jacob Kasanin              |
| schizophreniforme Psychose | Gabriel Langfeldt          |
| psychogene Psychosen       | August Wimmer              |
| reaktive Psychose          | Erik Strömngren            |
| zykloide Psychose          | Karl Kleist, Karl Leonhard |