



Reinhard Maß

Diagnostik der Schizophrenie

Kompendien

Psychologische Diagnostik

Band 11

HOGREFE



Diagnostik der Schizophrenie

Kompendien Psychologische Diagnostik

Band 11

Diagnostik der Schizophrenie

von Prof. Dr. Reinhard Maß

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann und Prof. Dr. Heinz Holling

Diagnostik der Schizophrenie

von
Reinhard Maß

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. phil. Reinhard Maß, geb. 1959. 1980–1986 Studium der Psychologie in Hamburg. 1991 Promotion. 2000 Habilitation. Ausbildungen in Verhaltenstherapie und Sexualtherapie. 2003 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Seit 2005 Leitender Psychologe am Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide. Forschungs- und Interessenschwerpunkte: Schizophrenie (Psychopathologie, Neuropsychologie, Psychometrie), Evolutionspsychologie und Sexualforschung.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2207-4

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	9
2	Zur Entwicklung des Schizophreniekonzepts	11
3	Diagnostische Kriterien in den modernen Klassifikationssystemen	14
3.1	ICD-10	14
3.1.1	Schizophrenie (F20)	14
3.1.2	Schizotype Störung (F21)	18
3.1.3	Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	18
3.1.4	Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)	19
3.1.5	Induzierte wahnhaftige Störung (F24)	19
3.1.6	Schizoaffektive Störungen (F25)	20
3.2	DSM-IV-TR	20
3.2.1	Schizophrenie (295)	20
3.2.2	Schizotypische Persönlichkeitsstörung (301.22)	21
3.2.3	Wahnhaftige Störung (297.1)	22
3.2.4	Kurze psychotische Störung (298.8) und Schizophrenie- forme Störung (295.40)	22
3.2.5	Gemeinsame psychotische Störung, Folie à deux (297.3) ..	22
3.2.6	Schizoaffektive Störung (295.70)	23
3.3	Synopse der Schizophreniediagnose in ICD-10 und DSM-IV-TR	23
3.4	Prävalenz, Epidemiologie, Ätiologie und Verlaufsformen der Schizophrenie	24
3.5	Das Prodrom der Schizophrenie	28
4	Beschreibung der diagnostischen Verfahren	30
4.1	Fremdbeurteilungsverfahren	30
4.1.1	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	30
4.1.2	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	33
4.1.3	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ..	38
4.1.4	Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) ...	40
4.1.5	Das System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)	43

4.1.6	Internationale Diagnose-Checklisten (IDCL)	47
4.1.7	Interview für die retrospektive Erfassung des Erkrankungs- beginns und -verlaufs bei Schizophrenie und anderen Psychosen (IRAOS)	49
4.1.8	Early Recognition Inventory based on IRAOS (ERiraos) . .	51
4.1.9	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)	53
4.1.10	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	55
4.1.11	DIA-X	57
4.1.12	Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)	58
4.1.13	Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD)	60
4.1.14	Nottingham Onset Schedule (NOS)	61
4.1.15	Signs and Symptoms of Psychotic Illness (SSPI)	63
4.1.16	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	65
4.1.17	Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)	66
4.1.18	Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)	67
4.1.19	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	68
4.1.20	Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) .	70
4.1.21	Manchester Scale	70
4.1.22	Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)	71
4.1.23	Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA)	72
4.1.24	Subjective Deficit Syndrome Scale (SDSS)	74
4.1.25	Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)	75
4.1.26	Subjective Experience of Negative Symptoms (SENS)	76
4.2	Selbstbeurteilungsverfahren	78
4.2.1	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)	78
4.2.2	Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)	80
4.2.3	Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S)	82
4.2.4	Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)	83
4.2.5	Revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R) . . .	85
4.2.6	Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment (SWN) . .	86
4.2.7	Frankfurter-Befindlichkeits-Skala (FBS)	88
4.2.8	Perceptual Aberration Scale (PAS)	88
4.2.9	Diskrete subjektive Effekte kognitiver Vulnerabilität (DEV)	90

5	Körperliche Untersuchungen bei Schizophrenie . . .	92
6	Praktische Anwendungen und Fallbeispiele	94
6.1	Erstdiagnose	94
6.2	Darstellung des aktuellen psychopathologischen Befundes . .	101
6.3	Verlaufsbeschreibung	108
6.4	Früherkennung	116
6.5	Differenzialdiagnostik – Was <i>keine</i> Schizophrenie ist	126
7	Schlussbemerkung	136
	Literatur	137

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 Schizophrenie-konzepts

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 schizoaffectiven 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 Zwangssterilisationen 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