

Die schizoaffektive Störung: Validität und Reliabilität

Armand Hausmann

Univ.-Klinik für Allgemeine- und Sozialpsychiatrie, Department für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck Österreich

Eingelangt am 5. November 2009, angenommen am 5. Februar 2010

Es ist unbestreitbar, dass trotz ehrlicher Bemühungen, wir heute nach wie vor unfähig sind, eine große Anzahl von Fällen unter die bekannten Formen des Systems zu kategorisieren.

It is indisputable today that, despite honest efforts, we are still unable to categorize quite a vast number of cases within the frame of one of the known forms of the system.

Emil Kraepelin (1856-1926)

Schizoaffective disorder: validity and reliability

Summary: Since Kraepelin separated the two functional psychoses known today as bipolar disorder and schizophrenia into two categories, a fact known as the Kraepelin dichotomy, an ongoing controversial discussion is questioning the validity of this construct. Critique is founded on the fact that many patients exerting symptoms of both nosologies may not be classified in one or the other. The discussion about a third big psychotic functional category culminating in the diagnosis of schizoaffective disorder is also conducted controversially. Schizoaffective disorder seems to be an invalid diagnosis as symptoms of schizophrenia and bipolar disorder are overlapping to such an extent that there is no space left for a third categorical diagnosis. Therefore schizoaffective disorder exerts a low interrater reliability. In addition there is no stability of the diagnosis schizoaffective disorder over time. For those patients that may not be allocated unequivocally to either one of the diagnoses schizophrenia or bipolar disorder, the current task force for the DSM V wants to broaden the concept of schizophrenia by adding affective symptoms, such as depression or mania, to schizophrenia. Another option is seen in adding dimensional characteristics to this population. This might enhance validity and reliability of our nosologies and will guarantee

scientific communication in the future. In either case the diagnosis schizoaffective disorder will become obsolete. Anyway: Future diagnostic criteria, because of the currently still existing lack of scientific evidence, will be partly based on conventions reflecting the influence of lobby groups with diverging interests.

Keywords: Schizoaffective disorder, validity, reliability

Zusammenfassung: Seitdem Kraepelin die großen funktionellen Psychosen in zwei nosologische Kategorien, nämlich dem „zykloiden Irresein“, welche heute als bipolare Störung firmiert, und der „Dementia praecox“, der heutigen Schizophrenie, aufteilte, ist die Diskussion um die Validität dieser sogenannten Kraepelin'schen Dichotomie im Gange. Die Kritik gründete sich hauptsächlich auf die Tatsache, dass viele Patienten mit überlappender klinischer Symptomatik nicht in diese Kategorien einordenbar sind. Nicht weniger kontroversiell ist die Diskussion um das Vorhandensein einer dritten großen funktionellen Psychose, welche dann in der Diagnose schizoaffective Diagnose gipfelte, verlaufen. Die schizoaffective Störung (SAS) scheint eine nicht valide Diagnose zu sein, da die symptomatische Überlappung zwischen Schizophrenie und bipolarer Störung derart groß ist, dass es kaum einen Platz für eine dritte große funktionelle Psychose gibt. Daher ist die SAS auch mit einer sehr geringen Interrater-Reliabilität versehen. Zusätzlich gibt es keine Stabilität dieser Diagnose über die Zeit. Für jene Patienten, welche auch in Zukunft nicht einwandfrei zuordenbar sind, will die Task Force des DSM V sich in Richtung Erweiterung der Diagnose Schizo-

Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann, Univ.-Klinik für Allgemeine- und Sozialpsychiatrie, Department für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: armand.hausmann@i-med.ac.at

phrenie auf affektive Symptome, depressiv oder manisch, bewegen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, für die diagnostisch nicht ganz zuordenbaren Patienten zusätzliche dimensionale diagnostische Kriterien zu erarbeiten, um diese Patientengruppe besser charakterisieren zu können. Auch in diesem Fall wäre die Diagnose SAS obsolet. Egal zu welchem Vorgehen man sich entschließen wird; auch die zukünftigen operationalisierten Diagnosekriterien werden mangels wissenschaftlicher Evidenz arbiträre Kriterien enthalten, welche mehr die Kompromisse zwischen unterschiedlichen Interessensvertretungen darstellen als wissenschaftlicher Evidenz entspringen.

Schlüsselwörter: Schizoaffective Störung, Validität, Reliabilität

Einführung

Diagnosen sind unvermeidbare Konstrukte, um pathologische von gesunden Zuständen zu unterscheiden. Auch dienen sie dazu, verschiedene Krankheitsbilder voneinander abzugrenzen [1]. Dies scheint wichtig, um den Verlauf der Erkrankung vorherzusagen sowie eine Prognose zu erstellen. Die gebräuchlichen operationalisierten Diagnosekriterien wie das DSM IV [2] und das ICD 10 [3] bestehen in der Abgrenzbarkeit distinkter Nosologien. Die Diagnosestellung erfolgt in einer operationalisierten Beschreibung mit Formulierung expliziter Ein- und Ausschlusskriterien in einem polythetischen Algorithmus. Mit der Validität einer Nosologie wird das argumentative wissenschaftliche Gewicht einer Theorie untermauert. Im Rahmen empirischer Untersuchungen bezieht sich Validität auf die Güte der Operationalisierung der Konstrukte, d. h. der den klinischen Merkmalen zugeordneten Kausalitäten. Validität misst also einerseits die Belastbarkeit der Operationalisierung und andererseits die Belastbarkeit der auf diesen Messungen beruhenden Aussagen und Schlussfolgerungen. In der Psychiatrie entsprechen die Konstrukte eher Typologien [4], insbesondere da es zwischen den bekannten Kategorien auch Übergangszustände gibt. Dies kann jeder mit klinischer Erfahrung bestätigen. Typologien umfassen alle Charakteristika, auf welchen die Similaritäten zwischen den Objekten beruhen, und sogar dann, wenn nicht alle Objekte alle Charakteristika aufweisen, welche diese Typologie charakterisieren. In Bezug auf die schizoaffective Störung (SAS) muss geprüft werden, ob ausreichend Symptome zu finden sind, die charakteristisch für diese Nosologie sind. Allgemein wird bei der Diagnosestellung einer SAS die affektive mit der sog. schizophrenen Symptomatik einfach addiert. Das reicht aber zur Postulierung einer diagnostischen Entität nicht aus, wie dies Peters formulierte [5].

Die Reliabilität ist ein Maß für die Verlässlichkeit oder Zuverlässigkeit einer Diagnose. Hoch reliable wissenschaftliche Untersuchungen sind nahezu frei von Zufallsfehlern. Reliabilität ist also die Voraussetzung für die Replizierbarkeit von Ergebnissen unter gleichen Bedingungen. Es besteht eine enge Beziehung zwischen der Reliabilität einer Diagnose und deren Validität. Nach Spitzer gibt es keine Garantie, dass ein reliables System auch valide ist; aber ein unreliables muss

notgedrungen invalide sein [6]. Konkret heißt das, dass die SAS als nosologische Einheit auch z. B. zeitstabil sein sollte.

Geschichte

Aufgrund eines zu Zeiten Kraepelin's bestehenden Mangels ätiologischer und neurobiologischer Kriterien, welche eine exaktere Unterscheidung unterstützt hätten, definierte dieser Krankheitseinheiten in der Tradition Sydenhams [7] und Kahlbaums [8]. Das Werk von Kahlbaum und seinem Schüler Hecker mit Arbeiten über Katatonie und Hebephrenie legte die Existenz mehrerer unterscheidbarer psychischer Krankheiten nahe. Die beiden hatten 1860, das heißt vor Kraepelin, das Konzept des „zirkulären Irreseins“ sowie der Zyklothymie populär gemacht [9, 10].

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen und inspiriert durch seinen Lehrer Wilhelm Wundt und auf der Basis seiner ersten psychopharmakologischen Studie [11], konnte Kraepelin eine Psychiatrie auf naturwissenschaftlicher Basis etablieren. Seine Nosologie beruhte auf der Grundüberzeugung, dass neben der aktuellen vielgestaltigen Symptomatik (Zustandsbild), Krankheiten auf pathologischen Prozessen (Krankheitsprozess) beruhen, welchen es zu identifizieren gilt (Verlaufdiagnose). Im Gegensatz zur reinen Sammlung heterogener Symptome und deren Zusammenführung in mehr als fragwürdige Einheiten, bestand Kraepelin's innovativer und kreativer Ansatz darin, diese instabile Phänomenologie als Kernstörung zu sehen. Kraepelin sah diese Syndrome als präformierte psychopathologische Muster, als Antwort des menschlichen Gehirns an. Er selber sprach von „Registern einer Orgel“. Über die vielfache Variabilität in der Kombination manischer und depressiver Symptome hinaus fundierte Kraepelin sein „zykloides Irresein“ in der Alternierung von Erregung und Inhibition mentaler Prozesse, welche sich in unterschiedlichen Stärke- und Schweregraden im Verlauf der Erkrankung zeigt. Das „zykloide Irresein“ wandelte sich so von einem stimmungsbasierten Modell von manischen und depressiven Erkrankungen zu einer Theorie mit variierenden unvorhersehbaren Kombinationen klinischer Symptome mit einem vorhersehbaren zeitlichen Verlauf ohne den bei der „Dementia praecox“ beschriebenen Verfall.

Kraepelin selber äußerte bzgl. der Validität seiner Dichotomie die ersten Bedenken. „Es erscheint unbestreitbar, dass trotz ehrlicher Bemühungen wir heute nach wie vor unfähig sind, eine große Anzahl von Fällen unter die bekannten Formen des Systems zu kategorisieren.“ Daraufhin wurde das kategoriale Konzept einer dritten großen funktionellen Psychose generiert. Dieses Konzept basierte auf den Arbeiten von Kleist [12], welcher psychotische Verläufe mit akuter emotionaler Aufgewühltheit und gutem prognostischem Verlauf als „cycloide Psychose“ bezeichnete. Später wurde diese Theorie von Leonhard [13] metikulös ausgebaut. Der Begriff schizoaffective Psychose wurde durch Jacob Kasanin im Jahr 1933 geprägt [14]. Das Konzept der SAS wurde erstellt, um Patienten mit gleichzeitigen schweren affektiven und psychotischen Symptomen mit prognostisch günstigerem Verlauf als bei der Schizophrenie zu charakterisieren.

Die SAS wurde als diagnostische Kategorie anerkannt und als Subtypus der Schizophrenie in die erste und zweite Ausgabe des DSM aufgenommen [15, 16]. 1975 wurde die De-

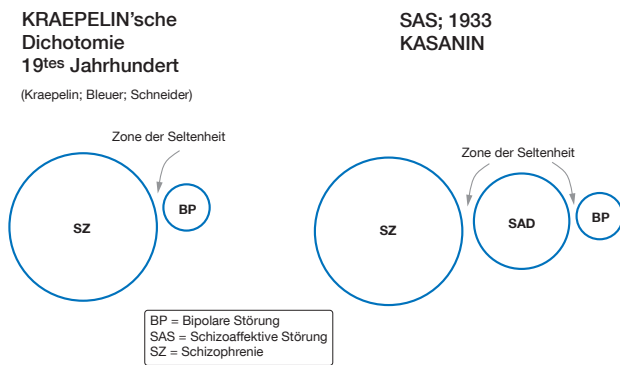


Abb. 1: Psychose-Konzepte

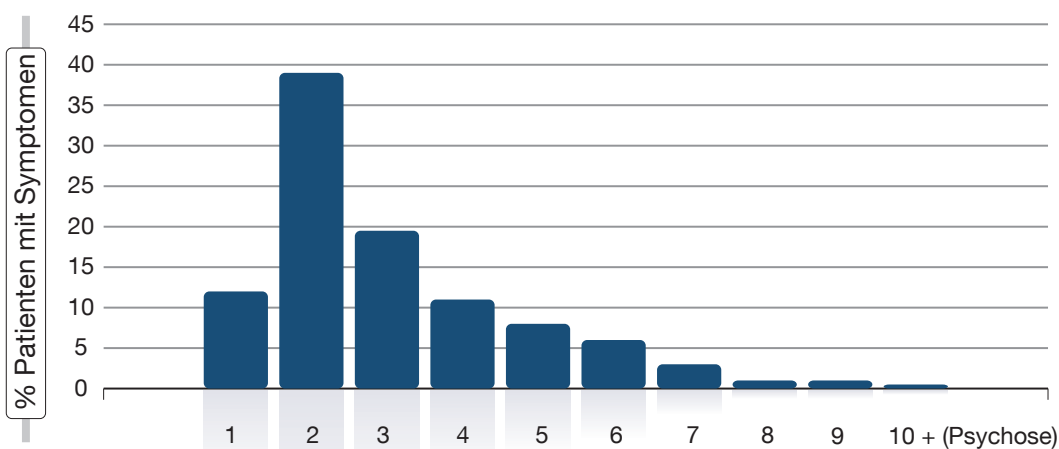
definition als separate Kategorie implementiert und eingeteilt in einen hauptsächlich schizophrenen oder hauptsächlich affektiven Subtypus. In der dritten Ausgabe des DSM im Jahr 1980 [17] konnten auch weiterhin keine strikten operationalisierten Kriterien geliefert werden. Die SAS verblieb als Restkategorie psychotische Störung NOS stehen. Die Revision des DSM III [18], das DSM IIIR, erbrachte insofern eine Erneuerung, als dass die hauptsächlich affektive Kategorie unter „affektive Störungen mit stimmungsinkongruenten Symptomen“ zu stehen kam. Diese Teilung behinderte ohne Zweifel eine wissenschaftliche Weiterentwicklung des Konzepts. Bis heute geht die Debatte weiter, ob die SAS eine Form von Schizophrenie oder eine Form von affektiver Erkrankung ist, eine unabhängige Kategorie oder die Mitte eines Kontinuums zwischen Schizophrenie und bipolaren Erkrankungen [19] (Abb. 1). In der klinischen Praxis löst die SAS das oft auftretende Dilemma einer nicht klar zuordenbaren atypischen Präsentation von Stimmungserkrankungen im Rahmen einer Schizophrenie.

Klassische diagnostische Validatoren und differentialdiagnostische Überlegungen

Nach der Jasper'schen Schichtenregel sollten somatische Ursachen psychiatrischer Symptome als erste identifiziert werden. Somatische Erkrankungen werden diagnostiziert, wenn es dementsprechende Evidenz aus der Anamnese, physikalischen Untersuchungen, oder Labortests gibt. Substanzinduzierte psychotische Erkrankungen und substanzinduziertes Delirium unterscheiden sich von einer SAS durch das Faktum, dass eine toxische Substanz, Droge oder ein Medikament ursächlich für die Symptome verantwortlich sind.

Die SAS von der Schizophrenie einerseits oder Stimmungserkrankungen mit psychotischen Symptomen andererseits abzugrenzen, ist oft schwierig. Zudem können affektive Symptome, speziell depressiver Natur, auch während einer wahnhaften Störung auftreten. Allerdings erfüllen diese Verläufe nicht die Kriterien für eine SAS, wenn die psychotischen Symptome im Rahmen einer wahnhaften Störung sich nicht auf bizarre Wahninhalte beschränken und deswegen nicht das Kriterium A der Schizophrenie erfüllen.

Bei der SAS muss eine affektive Episode, welche gleichzeitig mit der aktiven Symptomatik der Schizophrenie auftritt, vorliegen. Die Stimmungssymptome müssen für eine substantielle Zeitspanne der Dauer der Erkrankung vorhanden sein. Wahnsymptomatik oder Halluzinationen müssen mindestens zwei Wochen in der Absenz prominenter Stimmungssymptome bestehen. Im Kontrast dazu haben Stimmungssymptome im Rahmen einer Schizophrenie eine im Vergleich zur Gesamtdauer der Erkrankung kurze Dauer, kommen nur während der Prodromal- oder Residual-Phase vor, oder erfüllen nicht die vollen Kriterien für eine Stimmungsepisode. Wenn psychotische Symptome exklusiv während einer Stimmungsepisode auftreten, wird die Diagnose Depression bzw. Manie mit psychotischen Symptomen gestellt. Weil sich das relative Vorhandensein von affektiven zu psychotischen Sym-



Häfner et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258(suppl2):85-96

Abb. 2: Epidemiologische Studien: kontinuierliche Verteilung der Frequenz psychotischer Symptome in der Allgemeinbevölkerung

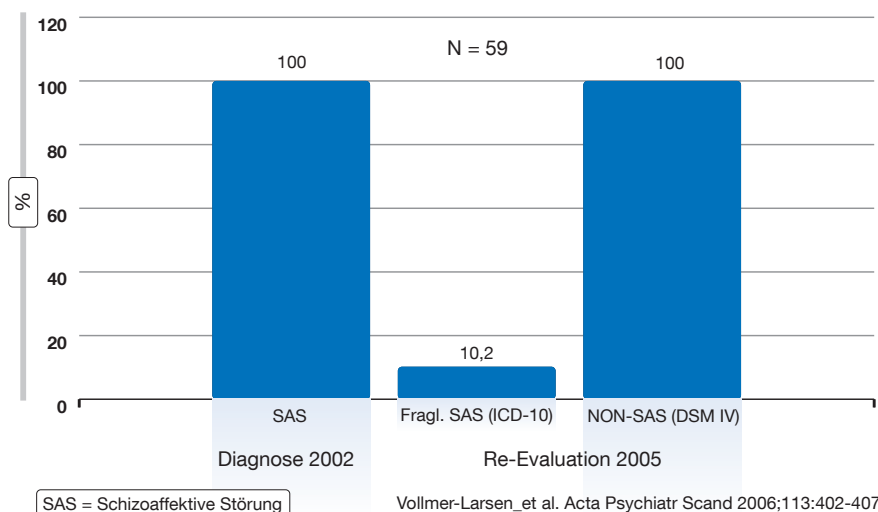


Abb. 3: Die schizoaffective Störung ist eine über die Zeit nicht reliable Diagnose

ptomen über den Verlauf der Erkrankung ändern kann, kann auch die Diagnose einer individuellen Episode der Erkrankung von SAS zu Schizophrenie wechseln. So zum Beispiel könnte die Diagnose einer SAS bei einer schweren, prominenten und majoren depressiven Episode, welche über einen Zeitraum von drei innerhalb der sechs Monate im Rahmen einer chronisch psychotischen Erkrankung auftritt, zu Schizophrenie wechseln, wenn die psychotischen oder prominenten residualen Symptome über mehrere Jahre persistieren, ohne dass eine weitere Stimmungsepisode auftritt. Die Diagnose kann auch zwischen verschiedenen Episoden, welche durch ein symptomfreies Intervall separiert sind, wechseln. Zum Beispiel kann ein Patienten mit einer psychotischen Episode, welche das Kriterium A für Schizophrenie während einer akuten depressiven Episode erfüllt, vollständig von dieser Episode remittieren und später, vielleicht sechs Wochen lang, Wahnsymptomatik und Halluzinationen ohne prominente Stimmungssymptome entwickeln. Die Diagnose in diesem Fall wäre nicht SAS, weil die Zeitspanne für Wahn und Halluzinationen nicht kontinuierlich mit der initialen Periode der Erkrankung auftrat. Für die ersten beiden Episoden wären zuerst Stimmungserkrankung mit psychotischen Symptomen in Remission bzw. in der Folge schizophreniforme Störung die adäquaten Diagnosen.

Wenn die Informationen über das Verhältnis zwischen psychotischen und Stimmungssymptomen ungenügend sind, kann die Kategorie psychotische Erkrankung NOS angewandt werden. Die Lebenszeit-Prävalenz der SAS wurde mit 0,5 – 0,8% angegeben. Die Prävalenz beruhend auf klinischer Usance ist allerdings beträchtlich höher, da Kliniker oft die Diagnose SAS bei Unsicherheit stellen.

Fragliche Validität und Reliabilität der SAS

Für die mangelnde Validität und Reliabilität lassen sich allgemeine und spezifische Argumente finden.

Was allgemein gegen die aktuellen kategorialen Einteilungen spricht, und dies betrifft natürlich auch die SAS als diagnostische Kategorie, sind einige der großen epidemiologi-

schen Studien der letzten Zeit [20, 21, 22]. Diese haben konsistent gezeigt, dass depressive, halluzinatorische, wahnhaft und negative Symptome in der allgemeinen gesunden Population kontinuierlich verteilt sind [23] (Abb. 2). Diese rangieren von einzelnen Symptomen bei nicht kranken Menschen bis zu einer voll ausgeprägten Symptomatik, welche die diagnostischen Erfordernisse einer Erkrankung erfüllen. Es handelt sich offenbar um Syndromdimensionen.

In vielen Fällen, welche primär als schizoaffective Episode definiert wurden, wechselt die Diagnose bei darauf folgenden Episoden [24, 25]. Dies konnte auch bei der diagnostischen Re-Evaluation eines repräsentativen dänischen stationären Patientensamples mit der Diagnose schizoaffective Psychose gezeigt werden [26]. Die Patientenakten wurden mittels eines erweiterten OPCRIT-Algorithmus re-evaluiert und neue Diagnosen erst nach dem Konsens zweier Psychiater vergeben. Nicht ein einzelner Patient erfüllte die vollen DSM-IV- oder ICD-10-Kriterien für eine schizoaffective Störung über die Lebenszeit. Nur 10 Patienten konnten fraglich einer ICD-10-Diagnose schizoaffective Störung zugeordnet werden. Die allermeisten Patienten (n = 49) wurden laut ICD 10 entweder der Schizophrenie oder einer affektiven Störung zugeordnet. Eine zeitliche Stabilität ist natürlich Voraussetzung für eine psychiatrische nosologische Entität. Hiermit steht die Validität der Diagnose schizoaffective Störung und deren Entität als eigenständige Nosologie in Frage (Abb. 3).

Die internationalen Klassifikationssysteme widersprechen sich auch in ihren Definitionen. Die klinische Diagnose SAS ist durch das simultane Auftreten von psychotischen Symptomen, wie Halluzinationen, Wahn oder Denkstörungen einerseits und affektiven Symptomen (depressiv oder manisch oder gemischt) andererseits, definiert. Beide, DSM IV und ICD 10, definieren die SAS als eine ununterbrochene Krankheitsperiode, während derer entweder eine majore depressive Episode, eine manische oder gemischte Episode, mit Symptomen des Kriteriums A für Schizophrenie zusammen treffen. Allerdings definieren DSM IV und ICD 10 unterschiedliche Kriterien bezüglich Simultanität und temporärem Ablauf der Symptome. Das ICD 10 konzeptualisiert die

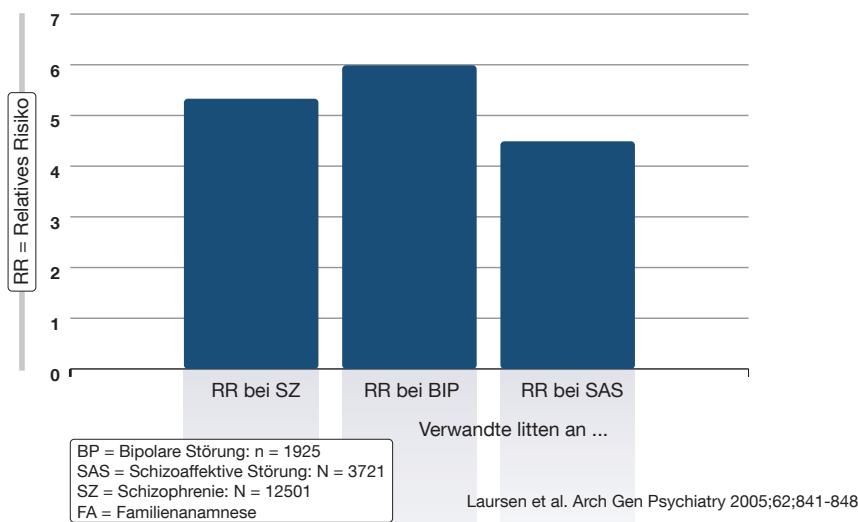


Abb. 4: Relatives Risiko zur Entwicklung einer SAS bei positiver FA einer SZ; BIP; SAS, bei Verwandten ersten Grades

SAS als episodisch, während das DSM IV sie als eine ununterbrochene Erkrankung definiert, in der die charakteristischen Symptome der Schizophrenie gleichzeitig mit depressiven, manischen oder gemischten Symptomen auftreten.

Im Zentrum eines weiteren Kritikpunkts steht das Kriterium A der Schizophrenie, welches sich in der Diagnose der SAS wiederfindet. Die Validität der Schneider'schen Symptome ersten Ranges, auf denen das Kriterium A der Schizophrenie im DSM-System zum Großteil aufbaut, ist auch Gegenstand der Kritik [27]. Dementsprechend ist auch die Diagnose einer schizoaffectiven Störung in Frage zu stellen [28].

Das Kriterium A im DSM IV für SAS fordert zwei Syndrome. Es muss eine majore depressive Episode sowie zwei von fünf diagnostischen Symptomen des Kriteriums A für Schizophrenie (Halluzinationen, Wahn, Desorganisation der Sprache und des Verhaltens, Katatonie und negative Symptome) vorliegen. Als die SAS definiert wurde, wurden psychotische Symptome für Schizophrenie als krankheitstypisch angesehen. Bipolare Patienten mit psychotischen Symptomen können allerdings auch bizarre, stimmungsinkongruente Halluzinationen [29, 30, 31, 32], paranoiden Wahn [33, 34, 35], die Schneider'schen Symptome ersten Ranges [36, 37, 38, 39], desorganisiertes Denken und Verhalten [40, 41, 42, 43], Katatonie [44, 35, 45, 46], negative Symptome [47, 48, 49, 50], persistente kognitive Defekte [51, 52, 53, 54, 55] und chronisch schlechten, therapieresistenten Verlauf [40, 53, 56,57] aufweisen. Psychotische Symptome dominieren aber die Schizophreniediagnose und oft wird Psychose als Synonym für Schizophrenie gebraucht. In vielen Studien werden sogar schizophrene und schizoaffective Patienten als eine scheinbar homogene Gruppe eingeschlossen [58]. Dies zeigt, dass sowohl der Psychosebegriff als auch dessen diagnostische Relevanz eine erhebliche Unschärfe bedingen.

Ausgehend von dieser Problematik argumentieren einige Autoren sogar, dass Schizophrenie, im Gegensatz zu den bipolaren Störungen, keine valide Diagnose sei und meinen daher, dass solche Patienten eher im Spektrum der affektiven Erkrankungen einzuordnen wären [58]. Andererseits zeigen

Studien, dass depressive Syndrome einen integralen Bestandteil der schizophrenen Erkrankung darstellen können [59]. Beide Extremstandpunkte stützen also auch indirekt die These, dass die SAS wohl als distinkte Entität nicht wirklich bestehen kann, was auch darin resultiert, dass in vielen Studien SAS-Patienten und Schizophrenieerkrankte als gemeinsame Gruppe subsummiert werden [60].

In der Kritik steht auch die Zuordnung der stimmungsinkongruenten psychotischen Symptome. In einer Studie [61] konnten keine Klassendifferenzen zwischen Schizophrenie, affektiven Störungen und stimmungsinkongruenten psychotischen Symptomen entdeckt werden, so dass die Autoren für eine dimensionale Sicht der SAS plädierten.

Eine rezente groß angelegte dänische Familienstudie zeigte, dass eine Familienanamnese mit der Diagnose schizoaffective Störung nicht nur das Risiko zur Entwicklung einer solchen beinhaltete, sondern zu gleichen Teilen auch ein Risiko für Schizophrenie und affektiven Störungen aufwies [62] (Abb. 4). So ist klinisch gesehen die Überlappung zwischen den Syndromen Schizophrenie und bipolarer Störung zu groß, um Platz für eine schizoaffective Störung abzugeben. Andere Familienstudien legen ebenso ein nicht abgrenzbares Kontinuum zwischen Schizophrenie und bipolarer Störung nahe. Schizoaffective Störungen treten sowohl gehäuft bei Familien mit Angehörigen, welche an einer Schizophrenie leiden [29], auf als auch bei solchen mit bipolarer Störung [63]. Im Gegenzug konnten gehäuft Schizophrenie und bipolare Störungen in Familien mit Angehörigen, welche an schizoaffectiver Störung litten, nachgewiesen werden [63].

Um die SAS von psychotischer Depression abzugrenzen, wurde das Kriterium B eingeführt, dessen Symptome Halluzinationen und/oder Wahn über mindestens zwei Wochen vorhanden sein müssen, während derer prominente Stimmungssymptome nicht vorhanden sind. Der Cut-Off von zwei Wochen scheint willkürlich gezogen und nicht auf wissenschaftlicher Evidenz zu beruhen.

Darüber hinaus ist die Interrater-Reliabilität (ausgedrückt in Cohen's Kappa) für die Diagnose einer SAS mit 0,19 und 0,22 sehr gering, im Vergleich dazu betragen die Kappas

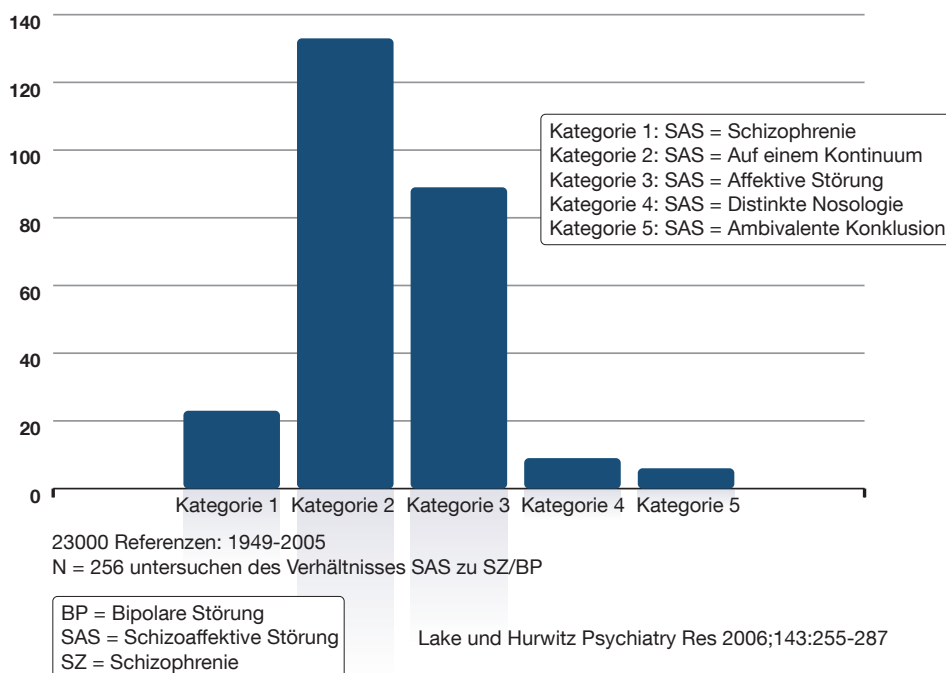


Abb. 5: SAS-Zuordnung in der Literatur

für Manie und majore Depression 0,71 und 0,82 [24, 64]. Ohne Interrater-Reliabilität hat die Diagnose SAS keine Validität und ohne Validität muss man sich die Frage stellen, weswegen diese Diagnose überhaupt Verwendung findet. Im Kontrast zur SAS ist die bipolare Erkrankung wissenschaftlich begründet, hat eine hohe Interrater-Reliabilität und stimmungsspezifische diagnostische Kriterien [24]. Im Kontrast zur SAS und Schizophrenie werden psychotische Symptome in der bipolaren Erkrankung nur zur Bewertung des Schweregrades angegeben und dienen nicht der Diagnose.

Das Verhältnis SAS zu Schizophrenie und den affektiven Störungen wurde auch bibliographisch untersucht. Zu diesem Zweck wurde ein Pubmed Search in der Zeit von 1949 – 2005 durchgeführt. Das Suchwort schizoaffektive Störung erbrachte 23.800 Referenzen. Über 480 hatten das Wort schizoaffektiv im Titel und 256 von diesen untersuchten das Verhältnis von schizoaffektiver Störung zu Schizophrenie und affektiven Störungen. In 23 Artikeln wurde SAS mit Schizophrenie gleichgesetzt. Eine zweite Kategorie von 133 Arbeiten sah SAS und Schizophrenie auf einem Kontinuum; eine andere Kategorie (n = 89) betrachtete SAS als den affektiven Erkrankungen zugehörig. Nur eine absolute Minderheit der Arbeiten (n = 9) sah SAS als distinkte Nosologie an. Fünf Arbeiten kamen zu einer ambivalenten Konklusion [65] (Abb. 5).

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist unklar, ob es sich bei der SAS um eine Form der Schizophrenie [66], eine Form affektiver Störungen [67], eine komplett unabhängige Erkrankung [68] oder den Mittelpunkt eines Kontinuums zwischen Schizophrenie und bipolarer Störung handelt [19]. Viele Kliniker tendieren dazu, diese Kategorie zu wählen, wenn sie sich des Verlaufs der Erkrankung nicht sicher sind, oder einfach auch um Patienten die Diagnose Schizophrenie zu ersparen. Der Begriff der schizoaffektiven Psychose erodiert die

Kraepelin'sche Dichotomie [27, 65, 69], ist aber, nach Übersicht der vorliegenden Literatur selber keine valide Diagnose.

SAS im DSM V

Wie soll die Definition einer schizoaffektiven Erkrankung im DSM IV aussehen? Verschiedene Denkvarianten stehen zur Auswahl. So könnten zukünftige Revisionen darin bestehen, dass die SAS als eine klinische Akzentuierung auf einem Kontinuum zwischen Schizophrenie und bipolarer Störung eingeordnet wird. Das hieße, die SAS als Komorbidität der zwei separaten Erkrankungen zu sehen. Dies hieße ebenfalls, dass beide Entitäten vergrößert werden müssten, um so die SAS ihrer Legitimität zu berauben. Jan Fawcett, der Vorsitzende der Task Force für Affektive Erkrankungen der APA für das DSM V, meinte, „There is a move to replace the schizoaffektive diagnosis with a schizophrénia plus manic or depressive dimension that may well succeed.“ (Fawcett 08.06.2009 persönliche Kommunikation).

Eine zweite Möglichkeit einer zukünftigen kategorialen Konzeptionalisierung könnte die Verschmelzung von Schizophrenie und bipolarer Erkrankung bringen. Wie diese neue Nosologie dann benannt werden soll, ist derzeit unklar. Eine Tendenz, sehr ideologisch motiviert, für die es aber einige Fürsprecher gibt [68], bestünde darin, die Schizophrenie im Rahmen einer affektiven Störung mit psychotischen Symptomen aufgehen zu lassen. Auch dies erscheint unwahrscheinlich, da es genügend Kriterien gibt, beide großen Diagnosegruppen valide zu unterscheiden.

Da auf diesem Kontinuum eine ganze Bandbreite von Symptom-Konstellationen mit auf der einen Seite psychotischem und auf der anderen affektivem Schwerpunkt möglich

ist, brauchte es zusätzlich zur kategorialen Einteilung dimensionale Achsen, welche das diagnostische Dilemma lösen könnten. Das könnte zu valideren und zugleich reliableren diagnostischen Instrumentarien, welche der individuellen Ausgestaltung der Symptomatik Rechnung tragen würden, führen. Validität und Reliabilität sind Grundanforderungen an eine wissenschaftliche Kommunikation. Neue Grundlagen für eine wissenschaftliche gestützte Diagnostik in der Psychiatrie wären geschaffen.

Die in den nächsten Jahren erscheinenden operationalisierten Kriterien (DSM V voraussichtlich im Jahr 2012 / ICD 11 voraussichtlich 2015) könnten sich beispielsweise ganz von kategorialen Einteilungen verabschieden. Dies ist wohl kaum zu erwarten, da der große Erfolg dieser Kategorien in ihrer einfachen Konzeptionalisierung, der guten klinischen Kommunizierbarkeit und letztendlich dem menschlichen Bedürfnis nach kategorialer Wahrnehmung liegt.

Schlussfolgerungen

Wie schon in der Vergangenheit ist auch diesmal zu befürchten, dass Diagnosen in den neuen operationalisierten Katalogen, wie dem DSM V, aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Evidenz, arbiträre Kriterien enthalten werden. Diese spiegeln eher das Kräfteverhältnis der verschiedenen Lobbyisten-Gruppen und Interessensverbände wider (Schizophrenie vs. bipolar), als dass sie auf neuen und validen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Trotzdem blicken wir heute weiter in das Wesen psychiatrischer Erkrankungen als unsere Vorfahren. Dies allerdings nur weil wir auf deren Schultern stehen. Dies meinte Wilhelm Wundt als er sagte: „Wir sind alle Epigonen“.

Interessenskonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- [1] Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172: 90-92, 1998.
- [2] APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington DC, USA, American Psychiatric Association, 1994.
- [3] World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders. Geneva, WHO, 1992.
- [4] v Zerssen D. Methoden der Konstitutions- und Typenforschung. In: Thiel M (Hrsg.) Enzyklopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden, 9. Lieferung: Methoden der Anthropologie, Anthropologie, Völkerkunde und Religionswissenschaft. München, Wien, Oldenburg, S. 35-143, 1973.
- [5] Peters HU. On the reason why psychiatry in 80 years could not integrate schizoaffective psychosis. Can it now? *Psychiat Clin*, 16:103-108, 1983.
- [6] Spitzer RL. Einleitung DSM III R. 3-17, 1991.
- [7] Sydenham T. Observations Medicare (1676). In: Swan J (Hrsg.) The entire works of Thomas Sydenham. Newly made English from the originals. London, Cave, 1742.
- [8] Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, Hirschwald, 1874.
- [9] Kahlbaum K. Über cykisches Irresein. Der Irrenfreund – Psychiatr Monatschr Prakt Ärzte, 24: 145-157, 1882.
- [10] Hecker E. Die Cyclothemie. Eine cirkuläre Gemüths-erkrankung. *Z Prakt Ärzte*, 7: 6-15, 1898.
- [11] Kraepelin E. Über die Einwirkung einiger medicamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. *Philosophische Studie* 1, 3: 417-462, 1882.
- [12] Kleist K. Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Monatsschr Psychiatr Neurol*, 125: 526-554, 1953.
- [13] Leonhard K, Beckman H (Hrsg.) Classification of endogenous psychoses and their differential etiology. 2nd ed. New York, Springer, 1999. (Übersetzung von, Aufteilung der Endogenen Psychosen, Jena, Akademie Verlag, 1957.)
- [14] Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry*, 90: 97-126, 1933.
- [15] APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st edn. Washington DC, USA, American Psychiatric Association, 1952.
- [16] APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edn. Washington DC, USA, American Psychiatric Association, 1968.
- [17] APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn. Washington DC, USA, American Psychiatric Association, 1980.
- [18] APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, Revised. Washington DC, USA, American Psychiatric Association, 1987.
- [19] Crow TJ. The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br J Psychiatry*, 149: 419-429, 1986.
- [20] Van Os J, Verdoux H, Maurice-Tison S, et al. Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34: 459-463, 1999.
- [21] Stefanis N, Hanssen M, Smirnis N, et al. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol Med*, 32: 347-358, 2002.
- [22] Wittchen HU, Höfler M, Lieb R, et al. Depressive und psychotische Symptome in der Bevölkerung – Eine prospektive-longitudinale Studie (EDSP) an 2500 Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Nervenarzt*, 75: 87, 2004.
- [23] Häfner H, An Der Heiden W, Maurer K. Evidence for separate diseases? Stages of one disease or different combinations of symptom dimensions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258(suppl2): 85-96, 2008.
- [24] Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, et al. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *J Affect Disord*, 57: 95-98, 2000.
- [25] Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 593-600, 2000.
- [26] Vollmer-Larsen A, Jacobsen TB, Hemmingen R, et al. Schizoaffective disorder – the reliability of its clinical diagnostic use. *Acta Psychiatr Scand*, 113: 402-407, 2006.
- [27] Pope HG, Lipinski JF. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness, a reassessment of the specificity of ‘schizophrenic’ symptoms in the light of current research. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 811-828, 1978.
- [28] Maier W. Do schizoaffective disorders exist at all? *Acta Psychiatr Scand*, 13: 369-371, 2006.
- [29] Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D. The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 492-499, 1998.
- [30] Harrow M, Grossman LS, Silverstein ML, et al. Thought pathology in manic and schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 665-671, 1982.
- [31] Tohen M, Tsuang MT, Goodwin DC. Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry*, 149: 1580-1584, 1992.
- [32] Harrow M, MacDonald AW III, Sands JR, et al. Vulnerability to delusions over time in schizophrenia and affective disorders. *Schizophr Bull*, 21: 95-109, 1995.
- [33] Kendell RE, Gourlay J. The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 117: 261-266, 1970.
- [34] Ollerenshaw DP. The classification of the functional psychoses. *Br J Psychiatry*, 122: 517-530, 1973.
- [35] Abrams R, Taylor MA. Catatonia, a prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 579-581, 1976.
- [36] González-Pinto A, van Os J, Pérez de Heredia JL, et al. Age-dependence of Schneiderian psychotic symptoms in bipolar patients. *Schizophr Res*, 61: 157-162, 2003.
- [37] Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York, NY, Grune & Stratton Inc, 1959.
- [38] Carpenter WT, Strauss JS, Muleh S. Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of Schneider’s first-rank symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 28: 847-852, 1973.
- [39] Taylor MA, Abrams R. The phenomenology of mania: a new look at some old patients. *Arch Gen Psychiatry*, 29: 520-522, 1973.

- [40] Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry*, 28: 221-228, 1973.
- [41] Fowler RC, McCabe MS, Cadoret RJ, et al. The validity of good prognosis schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 26: 182-185, 1972.
- [42] Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. The significance of psychotic affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 32: 1147-1150, 1975.
- [43] Grossman LS, Harrow M, Sands JR. Features associated with thought disorder in manic patients at 2-4 year follow-up. *Am J Psychiatry* 143: 306-311, 1986.
- [44] Fink M, Taylor MA. Catatonia: subtype or syndrome in DSM? *Am J Psychiatry*, 163: 1875-1876, 2006.
- [45] Krüger S, Bräunig P. Catatonia in affective disorders: new findings and a review of the literature. *CNS Spectrums*, 5: 48-53, 2000.
- [46] Carroll BT, Thomas C, Jayanti K. Treating persistent catatonia when benzodiazepines fail. *Curr Psychiatry*, 4: 56-64, 2005.
- [47] Diepernik ME, Sands JR. Bipolar mania with psychotic features: diagnosis and treatment. *Psychiatr Ann*, 26: 633-637, 1996.
- [48] Goodwin FK. The biology of recurrence: new directions of the pharmacologic bridge. *J Clin Psychiatry*, 50: 40-44, 1989.
- [49] Taylor MA, Amir N. Are schizophrenia and affective disorder related? The problem of schizoaffective disorder and the discrimination of the psychoses by signs and symptoms. *Compr Psychiatry*, 35: 420-429, 1994.
- [50] Pope HG Jr. Distinguishing bipolar disorder from schizophrenia in clinical practice: guidelines and case reports. *Hosp Community Psychiatry*, 34: 322-328, 1983.
- [51] McIntosh AM, Harrison LK, Forrester K, et al. Neuropsychological impairments in people with schizophrenia or bipolar disorder and their unaffected relatives. *Br J Psychiatry*, 186: 378-385, 2005.
- [52] Tiihonen J, Haukka J, Henriksson M, et al. Premorbid intellectual functioning in bipolar disorder and schizophrenia: results from a cohort study of male conscripts. *Am J Psychiatry*, 162: 1904-1910, 2005.
- [53] Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*, 149: 999-1010, 1992.
- [54] Pierson A, Jouvent R, Quintin P, et al. Information processing deficits in relatives of manic depressive patients. *Psychol Med*, 30: 545-555, 2000.
- [55] Glahn DC, Bearden CE, Niendam TA, et al. The feasibility of neuro-psychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. *Bipolar Disord*, 6: 171-182, 2004.
- [56] Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press, 1990.
- [57] Abrams R, Taylor MA. Importance of schizophrenic symptoms in the diagnosis of mania. *Am J Psychiatry*, 138: 658-661, 1981.
- [58] Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease--there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 365-379, 2007.
- [59] Häfner H, Maurer K, Trendler G, et al. Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases - a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res*, 77: 11-24, 2005.
- [60] Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, et al. EUFEST study group. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet*, 371: 1085-1097, 2008.
- [61] Harrow M, Grossman LS, Herbener ES, et al. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry*, 177: 421-426, 2000.
- [62] Laursen TM, Labouriau R, Licht RW, et al. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder: a Danish register-based cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 841-848, 2005.
- [63] Rice J, Reich T, Andreasen NC, et al. The familial transmission of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 441-447, 1987.
- [64] Brockington IF, Leff JP. Schizoaffective psychosis: definition and incidence. *Psychol Med*, 9: 91-99, 1979.
- [65] Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatr Res*, 143: 255-287, 2006.
- [66] Lehmann HE. Schizophrenia: clinical features. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sasdock JB (Hrsg.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Williams, S. 457-486, 1975.
- [67] Clayton PJ, Rodin L, Winokur G. Family history studies. 3. Schizoaffective disorder, clinical and genetic factors including a one to two follow-up. *Compr Psychiatry*, 9: 31-49, 1968.
- [68] Procci WR. Schizo-affective psychosis: fact or fiction? A survey of the literature. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1167-1178, 1976.
- [69] Tsuang MT, Simpson JC. Schizoaffective disorder: concept and reality. *Schizophr Bull*, 10: 14-25, 1984.