

Die Struktur der schizophrenen Symptomatik bis zum Höhepunkt der ersten Episode

■ M. Hambrecht, W. Löffler, H. Häfner

Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Summary

Hambrecht M, Löffler W, Häfner M. [The symptomatic structure of schizophrenia until the peak of first episode.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1998;149:4–10.

The issue of subtypes of schizophrenia plays an important role in psychiatric history. Their differentiation aims at improving diagnostic assessment and prognostic validity and at developing and testing pathogenetic hypotheses. Since Kraepelin symptomatology (besides course) has been used as a criterion for subtyping, but the earliest point to assess symptoms usually was first admission. Within the ABC Schizophrenia Study the detailed documentation of the early course by means of the instrument IRAOS gave the opportunity to subtype on the basis of the retrospective assessment of psychopathology from the first psychiatric symptom until first admission. Six clusters were identified for the psychotic prephase in 232 first-episode patients. These subtypes were primarily characterized by: delusions, disordered sense of self (both about 14% of the sample), negative and depressive symptoms (26%), disorganizational symptoms (10%), low scores on all dimensions (23%), hallucinations combined with substance abuse (13%). In conclusion, a cluster-analytic approach thus yields subtypes of schizophrenia that make sense but need further validation.

Keywords: schizophrenia, early course, psychopathology, subtypes, cluster analysis

Zusammenfassung

In der psychiatrischen Tradition spielt die Frage nach Subtypen der Schizophrenie eine grosse Rolle. Ziel ihrer Differenzierung ist die Verbesserung

von Diagnostik, Therapie, prognostischen Aussagen und die Entwicklung und Prüfung pathogenetischer Hypothesen. Als Kriterium zur Typisierung wurde seit Kraepelin (neben dem Verlauf) die Symptomatik verwendet, diese bisher aber frühestens bei Erstaufnahme erhoben. In der ABC-Schizophrenie-Studie bot die genaue Erfassung des Frühverlaufs mit Hilfe des IRAOS die Möglichkeit zur Typisierung auf der Basis der retrospektiven Erhebung vom ersten psychiatrischen Symptom bis zur Erstaufnahme. Als empirische Subtypen konnten während der psychotischen Vorphase bei 232 Erstepisoden-Patienten sechs Symptomcluster differenziert werden. Diese waren jeweils vorrangig geprägt durch: Wahn, Ich-Störungen (je etwa 14% der Fälle), Halluzinationen bei Substanzmissbrauch (13%), unspezifische und negative Symptome (26%), Desorganisation (10%) sowie geringe Werte auf allen Dimensionen (23%). Demnach lassen sich mit einem clusteranalytischen Vorgehen sinnvoll interpretierbare Subtypen der Schizophrenie differenzieren, die weiterer Validierung bedürfen.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Frühverlauf, Psychopathologie, Subtypen, Clusteranalyse

Einleitung

Die Frage nach Subtypen der Schizophrenie hat in der deutschsprachigen Psychiatrie eine grosse Tradition und besitzt weiterhin auch international grosse Aktualität. Mit einer Differenzierung der Schizophrenie in Unterformen sollten Diagnostik, Therapie und prognostische Aussagen verbessert und ein Beitrag zur Entwicklung und Prüfung biologischer Hypothesen zur Pathogenese geleistet werden. Eines der wichtigsten Kriterien der Differenzierung in Subtypen war dabei (neben der Akuität des Beginns und der Chronizität des Verlaufs) die Symptomatik.

Die Beschreibung der Krankheitsbilder («Symptomenverbände») der Katatonie, Hebephrenie und Paranoia («dementia paranoides») geht auf Kahlbaum [1, 2] und Hecker [3] zurück, die bereits

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. Dres. h. c. H. Häfner,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Postfach 122120,
D-68072 Mannheim

über eine reine Querschnittsbeschreibung hinausgehen und auch Verlaufsaspekte berücksichtigen. Kraepelin subsummierte diese Krankheitsbilder 1896 als Unterformen unter das Konzept der *Dementia praecox* und betonte, dass es sich um Zustandsbilder handle, die ineinander übergehen könnten. E. Bleuler [4] fügte die *Schizophrenia simplex* als weitere Unterform hinzu. Er hob hervor, dass diese Subtypen keine abgrenzbaren, unterschiedlichen Krankheitsformen seien, sondern Gruppierungen von Symptomen darstellten.

In jüngerer Zeit vorgeschlagene Typologien fassen z.T. auf dimensionalen Ansätzen, z.B. der Positiv-negativ-Dichotomie der Symptomatik, die dem von Andreasen und Olsen [5] vorgestellten Modell mit drei Typen zugrundeliegt, die durch Positiv-, Negativ- bzw. gemischte Symptomatik charakterisiert werden. Rezente Untersuchungen fanden teilweise mehr als drei Symptomdimensionen, Kawasaki et al. [6] zum Beispiel fünf orthogonal unabhängige Dimensionen, die als *negative*, *hostile/excited*, *thought-disordered*, *delusional/hallucinatory* und *depressive* bezeichnet wurden. Auch Lindström und von Knorring [7] extrahierten fünf Faktoren (Positiv-, Negativ-, Erregungs-, Angst/Depressions- und kognitiven Faktor). Vergleichbare 5-Faktoren-Lösungen berichteten Kay und Sevy [8] und Bell et al. [9]. Die dimensionale Struktur schizophrener Psychopathologie dürfte demnach über die einfache Positiv-negativ-Dichotomie hinausgehen.

Trotz der zunehmenden Bedeutung dimensionaler Konzepte zur Beschreibung schizophrener Krankheitsbilder blieben die im 19. Jahrhundert entwickelten Charakterisierungen der Unterformen klinisch weiter relevant und haben sich als Bestandteil moderner psychiatrischer Diagnosesysteme wie ICD-10 und DSM-IV behauptet. Durch bildgebende und neuropsychologische Verfahren wurde diese ursprüngliche Differenzierung von Subtypen zusätzlich untermauert. So konnte Liddle [10, 11] durch die Kombination von PET-Untersuchungen mit neuropsychologischen Paradigmata die drei Syndrome der *psychomotor poverty* (entsprechend dem «*negative symptom cluster*»), *disorganisation* und *reality distortion* differenzieren und unterschiedlichen Hirnregionen zuordnen. Obwohl diese drei pathologischen Aspekte der Schizophrenie von verschiedenen Arbeitsgruppen bestätigt wurden, blieb bemerkenswert unklar, ob es sich um Symptomdimensionen mit unterschiedlicher Ausprägung beim einzelnen Patienten oder um Syndromcluster handelt, denen die einzelnen Fälle zugeordnet werden. Für ein dimensionales und gegen ein kategoriales Konzept spricht allerdings Liddles eigene Beobachtung,

dass die drei Syndrome gemeinsam bei einem Patienten vorkommen können.

Eine Beforschung der klassischen Subtypen der Schizophrenie wird durch kleine Fallzahlen bei verschiedenen Unterformen erschwert. Katatonie oder Hebephrenie wurden beispielsweise nur bei 1% bzw. 4% der Erstepisoden-Patienten der ABC-Schizophrenie-Studie diagnostiziert. Auch in der WHO-Studie «On Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders» [12] wurden Katatonie und Hebephrenie nur bei 1% bzw. 13% (Zahlen für Industrieländer) gesehen. Die Diagnose einer *Schizophrenia simplex* wurde nur bei 2% bzw. 3% der Patienten gestellt. Dies ist u.a. auf die Diagnosekriterien für Schizophrenie etwa in ICD-9 oder DSM-IV zurückzuführen, die katatonen und hebephrenen Symptomen (möglicherweise aufgrund geringer Reliabilität ihrer Erhebung) eine geringe diagnostische Wertigkeit gegenüber paranoid-halluzinatorischen Symptomen einräumen.

Um die Bedeutung von Subtypen untersuchen zu können, wurde es deshalb wichtig, die Psychopathologie der Schizophrenie ohne Vorannahmen empirisch neu zu kategorisieren. Clusteranalysen auf der Basis der erhobenen Symptomatik stellen einen systematischen statistischen Versuch dar, zu Modellen für die Differenzierung von Subtypen der Schizophrenie zu gelangen. So differenzierten Dollfus et al. [13] clusteranalytisch vier Patientengruppen (positiv, negativ, gemischt, desorganisiert). Die untersuchte Stichprobe war dabei allerdings im Verhältnis zur Anzahl der einbezogenen Variablen klein. Zudem wurden chronisch kranke Patienten untersucht (im Mittel 11jähriger Krankheitsverlauf), so dass keine Differenzierung des eigentlichen Krankheitsgeschehens von sekundären Effekten (z.B. der Behandlung, insbesondere der Medikation, vom Krankheitsverhalten oder sozialen Konsequenzen der Erkrankung) mehr möglich ist.

Für eine nosologisch sinnvolle Differenzierung ist die Untersuchung in einem möglichst frühen Krankheitsstadium erforderlich. Typischerweise erfolgt diese bei der Erstaufnahme. Zu diesem Zeitpunkt ergibt sich allerdings ein vergleichsweise einseitiges Bild, da die Psychopathologie hier einer Homogenisierung unterliegt: In der Regel führen Symptome der akuten Psychose (bizarres, wahnbestimmtes Verhalten, psychotisch motivierte Selbst- oder Fremdgefährdung) zur Aufnahme, wodurch zuvor ggf. dominierende andere bzw. für den Einzelfall relevantere Symptome (Rückzugsverhalten, Versagenszustände usw.) überdeckt werden.

Aus diesen Gründen wurde mit der vorliegenden Arbeit der Ansatz verfolgt, sich von den klas-

sischen Subtypen zu lösen und empirisch aus den während der gesamten ersten psychotischen Episode (also nicht erst bei oder kurz vor Aufnahme) vorhandenen Symptomen Symptomdimensionen und hieraus wieder Untergruppen von Patienten mit Schizophrenie zu differenzieren.

Methodik

Stichprobe

Im Rahmen der ABC-Schizophrenie-Studie [14, 15] wurde eine Stichprobe von 232 Patienten (108 Männer und 124 Frauen) untersucht, die sich in einer ersten schizophrenen Episode befanden, zwischen 12 und 59 Jahren alt und deutsche Staatsbürger waren. Ausschlusskriterien waren organische Psychosen und schwere geistige Behinderung. Diese Stichprobe war repräsentativ hinsichtlich der wichtigen soziodemographischen und klinischen Variablen für die Gesamtheit aller 392 Patienten, die 1987–89 wegen einer schizophrenen oder paranoiden Symptomatik im Raum Heidelberg–Mannheim–Ostpfalz in stationäre psychiatrische Behandlung kamen.

Instrument

Mit dem «Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia, IRAOS» [16] wurde (nach Remission der Akutsymptomatik) der Frühverlauf der Schizophrenie vom ersten psychiatrischen Symptom bis zur Erstaufnahme erhoben. Das an anderer Stelle ausführlich beschriebene Instrument ist ein halbstrukturiertes Interview, das neben der sozialen, biographischen, körperlichen, psychiatrischen und Familienanamnese auch die Entwicklung der Psychopathologie retrospektiv von der nichtpsychotischen Prodromalphase über die psychotische Vorphase bis zur Erstaufnahme anhand von 66 Items erhebt und mittels eines Zeitrasters durch Verknüpfung mit Lebensereignissen zuverlässig zu datieren vermag.

Statistische Methodik

Zur Ableitung von Subtypen der Schizophrenie wurde anhand der zeitlichen Angaben aus dem IRAOS in einem 1. Schritt im Frühverlauf die psychotische Vorphase bestimmt, also der Zeitraum vom Auftreten des ersten psychotischen Symptoms bis zur Indexaufnahme. Im 2. Schritt wurde ausgehend von der (ungewichteten) Information «Symptom in der psychotischen Vorphase vorhanden/nicht vorhanden» mit Hilfe einer Hauptkom-

ponentenanalyse (Varimax-Rotation) die Anzahl der Variablen reduziert und die relevanten Symptomdimensionen abgeleitet. Auf der Basis der individuellen Faktorwerte wurden dann mittels einer Clusteranalyse (k-means) Subtypen schizophrener Symptomatik für die psychotische Vorphase bestimmt. Die dimensionale Analyse wurde deshalb vorweg durchgeführt, da die Symptome in einer kategorialen Ausprägung vorlagen. Bei vielen dichotomen Variablen besteht aber die Gefahr, dass einzelne Symptome trotz ihres seltenen Vorkommens die Bildung der Cluster übermächtig dominieren. Dies wird mit einer Metrisierung der Ausgangsvariablen vermieden. Durch die Reduktion der Dimensionen wird auch die Interpretation der Lösungen praktikabler. Das k-means-Verfahren kam zur Anwendung, da dieser Algorithmus nach jeder Centroid-Bestimmung eine Neuuzuordnung der Fälle vornimmt und damit auch vorhandene Lösungen verbessert werden, während dies bei hierarchischen Verfahren nicht der Fall ist. Die Bestimmung der Anzahl der Cluster erfolgte anhand statistischer Kennwerte (F-Max-Wert und erklärte Varianz), der inhaltlichen Interpretierbarkeit der Lösungen sowie der Stabilität der gefundenen Lösungen bei verschiedenen Ausgangswerten der Centroiden und verschiedenen Clustermethoden.

Resultate

Faktorenanalytisch liessen sich sechs Faktoren extrahieren und sinnvoll interpretieren (Tab. 1). Erklärt wurden durch diese Lösung 38,3% der gesamten Varianz, insbesondere durch den Faktor «Ich-Störungen», in zweiter Linie durch einen Faktor, der unspezifische, depressive und Negativsymptome umfasste. Etwa gleich grosse Varianzanteile erklärten die vier Faktoren «Desorganisation», «Wahnsymptome», «Substanzmissbrauch/akustische Halluzinationen» und «aggressive und andere Verhaltensauffälligkeiten».

Auf der Basis ihrer Faktorwerte auf diesen sechs Faktoren konnten 227 Erstepisoden-Patienten sechs Symptomclustern zugewiesen werden (Tab. 2). Die sechs Cluster vereinigten zwischen 26% und etwa 10% der Fälle auf sich. Lediglich fünf Patienten lagen von den extrahierten Clustern so weit entfernt, dass sie von den weiteren Analysen ausgenommen wurden.

Bei etwa jedem vierten Patienten war die Symptomatik durch unspezifische, depressive und Negativsymptome geprägt. Die zweitgrösste Patientengruppe (23%) war durch niedrige Werte auf allen Symptomm Faktoren gekennzeichnet. Jeweils etwa 14% der Stichprobe bildeten einen Cluster

Tabelle 1 Faktorenstruktur der Psychopathologie der psychotischen Vorphase.

Faktor I: Ich-Störungen	I	II	III	IV	V	VI
Schizophrene Denkstörungen	.71					
Gemachte Gedanken	.70					
Gedankenausbreitung	.68					
Gedankenecho/kommentierende Gedanken	.61					
Gedankenentzug	.60					
Wahnhaftes Ich-Erleben	.42			.30		
Faktor II: unspezifische und negative Symptome	I	II	III	IV	V	VI
Angst		.52				
Denken/Konzentration	.32	.39				
Depression		.61				
Mangel an Selbstvertrauen		.61				
Rückzug/Misstrauen		.55				
Schuldgefühle		.34				
Energielosigkeit, Verlangsamung		.49				
Verlust von sexuellem Interesse		.45				
Reduzierte Aktivitäten		.44				
Sozialer Rückzug		.63				
Faktor III: Desorganisation	I	II	III	IV	V	VI
Gedächtnisstörungen			.40			
Ablenkbarkeit			.52			
Unfähigkeit zielgerichteten Denkens			.61			
Übersensibilität			.49			
Motorische Blockierungen/Hyper-/Dyskinesien			.59			
Auffällige Sprache			.52			
Langsamkeit bei Bewältigung alltäglicher Aufgaben			.51			
Interessen, Informationsbedürfnis, Bürgerrolle			.53			
Faktor IV: Wahnsymptome	I	II	III	IV	V	VI
Wahnhafte Beziehungssetzungen				.41		
Verfolgungswahn				.40		.41
Expansiver Wahn				.48		
Beeinflussungswahn				.49		
Primäre Wahninhalte				.72		
Weitere Wahninhalte				.70		
Faktor V: Halluzinationen, Substanzmissbrauch	I	II	III	IV	V	VI
Akustische Halluzinationen					.64	
Dialogisierende/kommentierende Stimmen					.70	
Drogenmissbrauch					.65	
Alkoholmissbrauch					.64	
Beschäftigung mit geheimnisvollen Dingen/ ungewöhnlichen Denkinhalten					.31	
Faktor VI: dissoziales Verhalten	I	II	III	IV	V	VI
Antisoziales Verhalten						.67
Selbstverstümmelung						.60
Andere Verhaltensauffälligkeiten						.49

Erklärte Varianz: Faktor I: 12,7%; II: 7,3%; III: 5,1%; IV: 4,7%; V: 4,3%; VI: 4,2%; Gesamt: 38,3%;
n = 232 Erstepisoden-Patienten

Tabelle 2 Clusteranalytisch abgeleitete Subtypen der psychotischen Vorphase (n = 227 [5 Fälle konnten wegen zu grosser Distanz zu allen sechs Clustern nicht sinnvoll zugeordnet werden]).

	Anteil an der Gesamtstichprobe (%)	Anteil männlicher Patienten im Cluster (%)	mittleres Erstaufnahmealter des Clusters in Jahren (Standabw.)	mittleres Alter beim ersten Krankheitsanzeichen in Jahren (Standabw.)
Unspezifische und negative Symptome	26,0	49,2	31,1 (10,0)	25,9 (10,6)
Wahn	13,7	45,2	29,8 (7,3)	22,1 (7,8)
Ich-Störungen	14,1	40,6	29,9 (9,2)	24,2 (10,8)
Halluzinationen und Substanzmissbrauch	13,7	48,4	29,3 (8,5)	21,5 (9,6)
Desorganisation	9,7	50,0	30,3 (10,3)	24,3 (11,4)
Niedrige Werte auf allen Dimensionen	22,9	42,3	31,4 (11,0)	24,9 (11,6)

mit dominierenden Wahnsymptomen, einen Cluster vorrangig mit Ich-Störungen und einen Cluster, das durch die Verbindung von Substanzmissbrauch mit akustischen Halluzinationen gekennzeichnet war. Symptome der Desorganisation kennzeichneten etwa 10% der Patienten. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern hinsichtlich der Geschlechts- oder Alterszusammensetzung (z. B. im Alter beim 1. Anzeichen, beim 1. psychotischen Symptom oder bei Erstaufnahme).

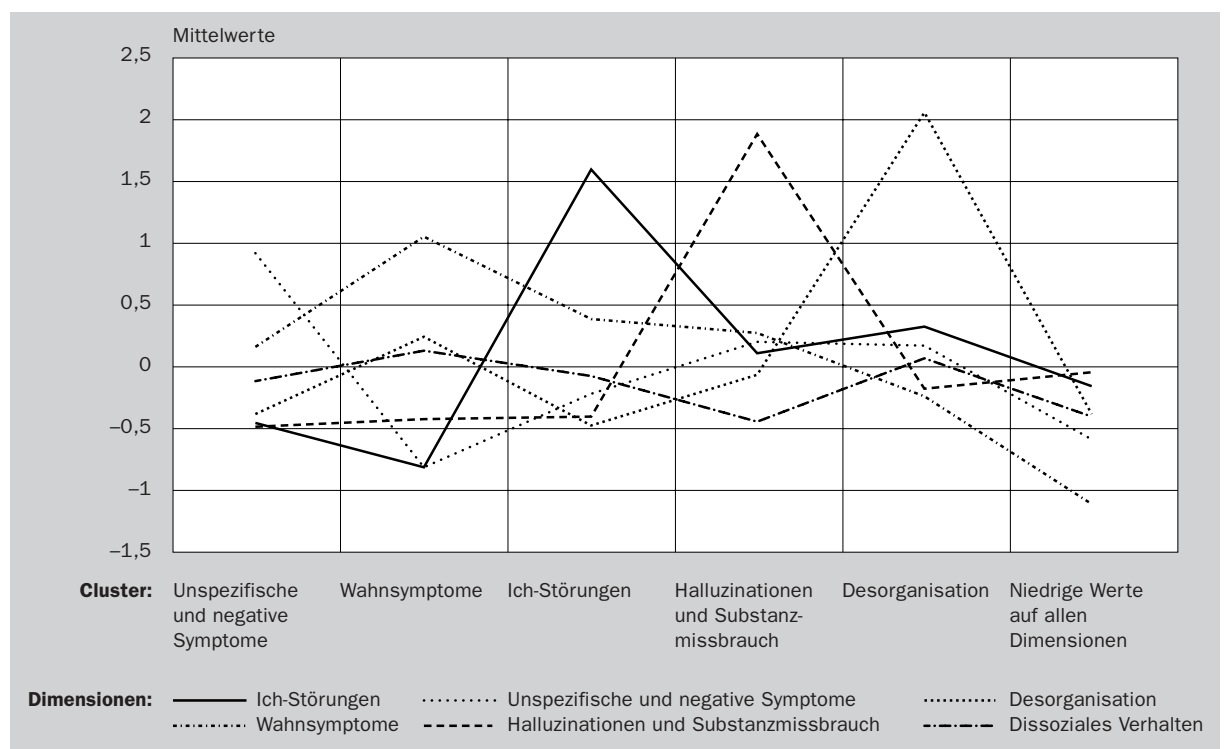
Diskussion

Trotz wichtiger methodischer Fortschritte in Neuropsychiatrie, systematischer psychopathologischer

Befunderhebung und Statistik ist man in den letzten Jahren bei der Klärung der Frage nach der Bedeutung von Unterformen der Schizophrenie nicht entscheidend vorangekommen. Dies ist unter anderem auf die uneinheitliche und z.T. wenig präzise Terminologie zurückzuführen. Begriffe wie Syndrome, Subtypen, Dimensionen, Faktoren oder Komponenten werden ohne definitorische Schärfe neben- oder durcheinander verwendet (vgl. [9]).

Konsequent sollten «Dimensionen» von «Subtypen» des Krankheitsbildes unterschieden werden: Auf einer Dimension nimmt jeder Patient eine bestimmte Position ein und weist z.B. auf der Dimension «Negativsymptomatik» eine geringe, mittlere oder starke Ausprägung auf. Einzelsymptome, z. B. Anhedonie, werden mehr oder weniger stark durch Dimensionen bestimmt. Faktorenanalysen

Abbildung 1 Subtypen der psychotischen Vorphase.



sind ein Weg zu Reduktion der Symptom- bzw. Variablenvielfalt durch Ableitung von Symptomdimensionen, Latent-trait-Analysen stellen eine methodische Alternative dar. Während ein Patient auf jeder Dimension einen bestimmten Platz einnimmt, kann er immer nur einem Subtyp angehören. Für Fälle mit schwieriger Zuordnung führen einige Autoren jedoch einen «gemischten Typus» ein. Die Patienten eines Subtyps sollen untereinander grösstmögliche Ähnlichkeit hinsichtlich der relevanten Variablen haben, zu den Patienten der anderen Subtypen soll dagegen grösstmögliche Unähnlichkeit bestehen. Clusteranalysen bilden einen Weg zu solch einer empirischen Differenzierung von Patientengruppen.

Dimensionen (Faktoren) sind ebenso wie Subtypen (Cluster) nur Konstrukte und sollen als Modellkategorien eine möglichst nahe, können jedoch nie eine vollkommene Annäherung an die Wirklichkeit erzielen. Es muss deutlich bleiben, dass immer nur das an Faktoren oder Clustern herauskommen kann, was eingangs in Form von Merkmalen, Variablen, Skalenwerten oder Items hineingesteckt wurde. Die nur mässige faktorenanalytische Varianzaufklärung kann auf die dichotome Skalierung und auf seltene, idiosynkratische Symptome zurückgeführt werden.

Die in der vorliegenden Studie gefundenen Cluster der Psychopathologie der psychotischen Vorphase bis zur Ersthospitalisierung lassen sich im einzelnen so charakterisieren:

- Die Patientengruppe mit dominierenden Ich-Störungen (14%) repräsentiert in idealtypischer Weise die Schizophrenie mit Erstrangsymptomatik im Sinne Kurt Schneiders.
- Patienten, die Wahn, aber keine Ich-Störungen aufweisen (14%), kommen der diagnostischen Kategorie der paranoiden Störung am nächsten.
- Patienten, bei denen depressive und Negativsymptome (26%) im Vordergrund stehen, dürften in anderen Klassifikationen als «*negative type*» [5] eingeordnet werden.
- Der Patientencluster mit vorherrschenden Zeichen der Desorganisation (10%) ist vor allem durch Symptome der Hebephrenie zu kennzeichnen.
- Patienten mit geringen Werten auf allen Dimensionen (23%) lassen sich am ehesten einer «Schizophrenia simplex» zuordnen.
- Eine Doppeldiagnose «Schizophrenie und Substanzmissbrauch» würde schliesslich Patienten des Clusters mit vorherrschenden akustischen Halluzinationen bei Substanzmissbrauch (13%) zugewiesen werden.

Mit einem clusteranalytischen Vorgehen lassen sich demnach sinnvoll interpretierbare Subtypen der Schizophrenie differenzieren, in denen sich zum Teil recht klar die klassischen Unterformen der Schizophrenie etwa nach Bleuler [4] bzw. auch nach ICD-10 wiederfinden lassen. Der fehlende Nachweis eines katatonen Subtyps ist auf das (zumindest gegenwärtig und in den Industrieländern) seltene Vorkommen katatoner Symptomatik zurückzuführen (vgl. [12]). Neben der bereits angeführten Hypothese zur Erklärung dieses Phänomens aufgrund einer geringeren diagnostischen Wertigkeit oder Validität katatoner Symptome ergibt sich aus Conrads Gestaltanalyse des Wahns [17] eine zweite Erklärung. Bei Conrad bilden katatone Symptome (in der Phase der «Apokalypse») den letzten Höhepunkt im Ablauf schizophrener Symptomatik. Wo eine rasche und effektive neuroleptische Behandlung verfügbar ist, würden demnach viele Patienten heute vor diesem letzten Stadium bewahrt.

Dass über die klassischen Unterformen hinaus noch ein durch Substanzmissbrauch geprägter Cluster abgrenzbar war, dürfte auf den hohen Anteil von Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenanamnese (24% bzw. 14%) in dieser repräsentativen Erstepisodenstichprobe zurückzuführen sein. Dies wiederum könnte eine indirekte Folge des in den letzten Jahrzehnten zunehmenden Konsums dieser Substanzen in der Gesellschaft sein, die leichter verfügbar wurden und einerseits als Auslöser (im Fall von Cannabis), andererseits als Versuch der Selbstbehandlung (mit Alkohol oder Cannabis) Bedeutung erlangt haben [18].

Die Validität der abgeleiteten Subtypen bedarf allerdings weiterer Prüfung. Eine Voraussetzung ist ihre Stabilität im (Früh-)Verlauf, die gegenwärtig analysiert wird. Hieran wird sich die Prüfung der prognostischen Validität bis zur 5-Jahres-Katamnese anschliessen. Belege für die Konstruktvalidität der abgeleiteten Subtypen können auch aus systematischen Unterschieden hinsichtlich anderer Patientenmerkmale abgeleitet werden. Hier fand die vorliegende Untersuchung aber z. B. keine Bestätigung der häufig berichteten Altersunterschiede zwischen Unterformen mit in der Regel frühestem Beginn bei hebephrener und spätestem Beginn bei paranoider Symptomatik [19, 20].

Der historische Disput in der Schizophrenieforschung zwischen der Hervorhebung der Gemeinsamkeiten bei allen Patienten einerseits (weswegen Kraepelin alle Formen unter das Krankheitsbild «Dementia praecox» subsumierte) und der Betonung von Unterschieden zwischen Patientengruppen andererseits (deshalb Differenzierung von Subtypen) wurde kürzlich

wiederbelebt: Goldberg und Weinberger [21] nahmen die Überlappung der Syndrome im Querschnitt und ihre Instabilität im Längsschnitt zum Anlass, trotz der nachgewiesenen Differenzen in Psychopathologie und Verlauf und trotz der fakto-renanalytischen Befunde die Relevanz klinischer Subtypen anzuzweifeln. Demnach wiesen – unabhängig vom diagnostischen Subtyp – fast alle Patienten mit Schizophrenie neuropsychologische, zerebrohämodynamische und neuropathologische Auffälligkeiten auf. An die Stelle kategorial definierter Subtypen könne deshalb ein eindimensionales Modell treten, wobei die Patienten sich lediglich in der Symptomschwere unterscheiden.

Conrad [17] löste in seiner Verlaufpsychopathologie der beginnenden Schizophrenie das Problem der Einheitlichkeit bzw. Differenzierbarkeit schizophrener Erkrankungen auf eine andere Weise, indem er die einzelnen Syndrome als Stadien einer Krankheitsentwicklung beschrieb, bei der z. B. paranoid-halluzinatorische Symptomatik in die katatone Symptomatik übergeht. Demnach wären die einzelnen Subtypen als Stadien ein- und desselben Prozesses anzusehen. In einer eigenen Untersuchung an einer grossen repräsentativen Stichprobe [22] konnte zwar die Conradsche Hypothese des regelhaften Vorausgehens paranoid-halluzinatorischer vor katatoner Symptomatik nicht bestätigt werden. Wie eingangs dargestellt, behält jedoch die Berücksichtigung des Frühverlaufs eine wichtige Bedeutung für die Differenzierung von Subtypen. Deshalb ging die vorliegende Untersuchung über eine reine Querschnittsbeschreibung hinaus und betrat Neuland, indem für die Differenzierung der Subtypen nicht erst beim Aufnahmebefund, sondern bereits im (psychotischen) Frühverlauf der Erkrankung angesetzt wurde.

Danksagung

Diese Studie wurde im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 258 mit Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft durchgeführt.

Literatur

- 1 Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig: Kafemann; 1863.
- 2 Kahlbaum K. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. Berlin: Hirschwald; 1874.
- 3 Hecker E. Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Virchows Archiv 1871;52:394–429.

- 4 Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G, Hrsg. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke; 1911. S. 1–420.
- 5 Andreasen NC, Olsen S. Negative v. positive schizophrenia: definition and reliability. Arch Gen Psychiatry 1982;39:789–94.
- 6 Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N, Higashima M, Urata K, Yamaguchi N, Kurachi M. Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994;89:399–404.
- 7 Lindström E, von Knorring L. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations. Acta Psychiatr Scand 1994;89:274–8.
- 8 Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. Schizophr Bull 1990;16:537–45.
- 9 Bell MD, Lysaker PH, Beam-Goulet JL, Milshtein RM, Lindenmayer JP. Five-component model of schizophrenia: assessing the factorial invariance of the positive and negative syndrome scale. Psychiatry Res 1994;52:295–303.
- 10 Liddle P, Carpenter WT, Crow T (1994): Syndromes of schizophrenia. Classic literature [editorial]. Br J Psychiatry 165, 721–7.
- 11 Liddle P. Associations between regional brain abnormalities and specific syndromes in schizophrenia. In: Häfner H, Gattaz WF, editors. Search for the causes of schizophrenia. Vol. III. Heidelberg: Springer; 1995. p. 150–6.
- 12 Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country-Study. Psychol Med 1992; Suppl. 20.
- 13 Dollfus S, Everitt B, Ribeyre JM, Assouly-Besse F, Sharp C, Petit M (1996): Identifying subtypes of schizophrenia by cluster analyses. Schizophr Bull 1996;22:545–55.
- 14 Häfner H, Riecher A, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, Fätkenheuer B et al. Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia – «IRAOS») – Entwicklung und erste Ergebnisse. Z Klin Psychol 1990;19:230–55.
- 15 Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. First onset and early symptomatology of schizophrenia – a chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1992;242:109–18.
- 16 Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J Psychiatry 1993;162:80–6.
- 17 Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme; 1958.
- 18 Hambrecht M, Häfner H. Führen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie? Nervenarzt 1996;67:36–45.
- 19 Beratis S, Gabriel J, Hoidas S. Age at onset in subtypes of schizophrenic disorders. Schizophr Bull 1994;20:287–96.
- 20 Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Outcome and family study of the subtypes of schizophrenia in the west of Ireland. Am J Psychiatry 1994;151:849–56.
- 21 Goldberg TE, Weinberger DR. A case against subtyping in schizophrenia. Schizophr Res 1995;17:147–52.
- 22 Hambrecht M, Häfner H. «Trema, Apophanie, Apokalypse» – Ist Conrads Phasenmodell empirisch begründbar? Fortschr Neurol Psychiatr 1993;61:418–23.