

Die nosologische Stellung der schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25): Symptomatik und Verlauf

■ M. Jäger, R. Bottlender, A. Strauß, H.-J. Möller

Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (D)

Summary

Jäger M, Bottlender R, Strauß A, Möller H-J. [The nosological state of schizoaffective disorders (ICD-10: F25): symptoms and course.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2004;155:204–11.

Kraepelin's dichotomous classification of functional psychoses with schizophrenia on the one hand and affective disorders on the other hand was challenged by nosological concepts such as schizoaffective psychoses. This term was introduced by Kasanin when he described patients with a mixture of psychotic and affective symptoms who showed a full recovery after a few months. The modern diagnostic systems ICD-10 and DSM-IV do not follow Kraepelin's dichotomous classification but include further diagnostic categories like schizoaffective disorders.

Diagnostic criteria for ICD-10 schizoaffective disorders require the presence of both prominent affective symptoms and "typical schizophrenic" symptoms like thought insertion, thought broadcasting, thought withdrawal, hallucinatory voices, delusional perception or delusions of control. Concerning the regional frequency of this diagnosis, empirical investigations show a high variability. The frequency of ICD-10 schizoaffective disorders within the whole diagnostic group "schizophrenia, schizotypal and delusional disorders" ranges between 7.8 and 33.3%. Until now, the interrater reliability for schizoaffective disorders according to ICD-10 criteria is not sufficient. Kappa-values range between 0.24 and 0.63.

In particular, the nosological state of schizoaffective disorders is still unclear. It is possible to distinguish at least four different nosological con-

cepts (variant of schizophrenia, variant of affective disorders, intermediate entity between schizophrenia and affective disorders, continuous spectrum model of functional psychoses). Several investigations using multivariate statistical analyses failed to identify schizoaffective disorders as a distinct entity with regard to the cross-sectional clinical picture. These findings are in line with the continuous spectrum model.

Concerning the course of illness, divergent results were reported in different investigations. The course of schizoaffective disorders seems to depend on the underlying diagnostic criteria. A temporal dissociation of psychotic and affective symptoms, the constituent diagnostic criteria for schizoaffective disorders according to DSM-IV criteria, seems to predict a more unfavourable course. However, schizoaffective disorders according to ICD-10 criteria are more similar to affective disorders than to schizophrenia, compatible with the conception of a variant of affective disorders. These results support Kraepelin's dichotomous classification of functional psychoses, provided that schizoaffective disorders are subsumed under affective disorders. Because of the more favourable course of illness ICD-10 schizoaffective disorders should be classified not as a subcategory of "schizophrenia, schizotypal and delusional disorders", but as a subcategory of affective disorders.

Keywords: schizoaffective disorders; ICD-10; DSM-IV; diagnosis; follow-up

Einleitung

Die Klassifikation der funktionellen, das heisst der nichtorganischen Psychosen, geht massgeblich auf das Werk von E. Kraepelin zurück, der zwischen den beiden grossen diagnostischen Gruppen «Dementia praecox» und «manisch-depressives Irresein» unterschied und erstere mit einer ungünstigen und letztere mit einer günstigen Prognose assoziierte. Die Kraepelinsche Systematik war jedoch mit dem Problem konfrontiert, dass viele Fälle trotz auffälliger psychotischer Symptome im

Korrespondenz:
Dr. Markus Jäger
Psychiatrische Klinik
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Nussbaumstrasse 7
D-80336 München
e-mail: markus.jaeger@psy.med.uni-muenchen.de

Tabelle 1 Diagnostische Leitlinien der schizoaffectiven Störungen (F25) in der ICD-10.

Während derselben Krankheitsperiode treten gleichzeitig oder nur durch wenige Tage voneinander getrennt sowohl eindeutig schizophrene als auch eindeutig affektive Symptome auf.

F25.0 schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch

Im Vordergrund stehen die gehobene Stimmung oder eine weniger deutlich gehobene Stimmung mit erhöhter Reizbarkeit und Erregung. Während der betreffenden Episode sollte wenigstens ein, besser noch zwei typisch schizophrene Symptome eindeutig vorhanden sein.

F25.1 schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv

Es muss eine eindeutige Depression vorhanden sein mit wenigstens zwei charakteristischen depressiven Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten. Innerhalb derselben Episode sollen wenigstens ein, besser noch zwei typisch schizophrene Symptome eindeutig vorhanden sein.

F25.2 gemischte schizoaffective Störung

Symptome einer Schizophrenie bestehen gleichzeitig mit solchen einer gemischten bipolaren Störung.

Sinne der «Dementia praecox» einen günstigen Verlauf im Sinne des «manisch-depressiven Irreseins» zeigten. Aus diesem Grunde wurde die dichotome Einteilung der funktionellen Psychosen durch Konzepte wie die «reaktiven Psychosen», die «schizophreniformen Psychosen», die «zykloiden Psychosen», die «bouffée délirante» sowie die «schizoaffectiven Psychosen» erweitert [1].

Die Bezeichnung «schizoaffective Psychose» geht auf J. Kasanin zurück, der im Jahre 1933 neun Patienten beschrieb, die bei einem guten prä-morbiden Funktionsniveau eine akute Psychose mit einer Mischung von psychotischen und affektiven Symptomen entwickelten, welche nach einigen Monaten wieder vollständig remittierte [2].

Das Konzept der «schizoaffectiven Psychosen» fand schliesslich auch Eingang in die «offiziellen» Diagnose-manuale: Während im noch ganz auf der Kraepelinschen Systematik aufbauenden Würzburger Diagnoseschema, welches in Deutschland bis zur Einführung der ICD-8 offiziell gültig war, die funktionellen Psychosen lediglich dem «schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis» zugeordnet werden konnten, waren in der ICD-8 und ICD-9 die «schizoaffectiven Psychosen» als eine Untergruppe der Schizophrenie enthalten. In der ICD-10 werden die «schizoaffectiven Störungen» als eigenständige Diagnosekategorie (F25) im Abschnitt «Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen» (F2) aufgeführt [3].

Ebenso konnten sich die «schizoaffectiven Störungen» im Manual der American Psychiatric Association etablieren. Während sie im DSM-III

noch den Stellenwert einer «Restkategorie» ohne spezifische diagnostische Kriterien innehatten, stellen sie im DSM-III-R und DSM-IV eine vollwertige Diagnosekategorie dar [4].

Fragestellung und methodisches Vorgehen

Bei den schizoaffectiven Störungen handelt es sich um eine recht kontrovers diskutierte Diagnosekategorie, die eine Reihe von Fragen aufwirft: So ist unklar, wie häufig die Diagnose «schizoaffective Störung» in verschiedenen Kliniken gestellt wird und wie hoch die Interrater-Reliabilität ist. Vor allem ist aber der nosologische Status der schizoaffectiven Störungen bis heute umstritten, was nicht nur von theoretischem Interesse ist, sondern auch Konsequenzen für die therapeutische Vorgehensweise hat.

Im folgenden Beitrag werden zunächst die diagnostischen Kriterien der schizoaffectiven Störungen in der ICD-10 dargestellt und die Unterschiede zum DSM-IV aufgezeigt. Anschliessend soll der Versuch unternommen werden, einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu den schizoaffectiven Störungen zu geben, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Nach einem Überblick über Diagnosehäufigkeit und Reliabilität werden Untersuchungen besprochen, welche sich mit der nosologischen Stellung der schizoaffectiven Störungen in Hinblick auf Querschnittssymptomatik und Krankheitsverlauf befassen.

Die Literatursuche wurde mit Hilfe der elektronischen Datenbank «Medline» durchgeführt. Als Suchbegriffe wurden «schizoaffective disorders» und «ICD-10» bzw. «DSM-IV» verwendet, hierbei wurde der Zeitraum von 1980 bis 2003 erfasst. Darüber hinaus wurden wichtige historische Artikel sowie Monographien und Buchbeiträge einbezogen.

Definition der schizoaffectiven Störungen in der ICD-10

In der Tabelle 1 wird ein Überblick über die diagnostischen Leitlinien für die schizoaffectiven Störungen in der ICD-10 gegeben [3]. Von den dort aufgeführten klinischen Leitlinien unterscheiden sich die ICD-10-Forschungskriterien lediglich dadurch, dass die Anzahl der zur Diagnosestellung erforderlichen Symptome zahlenmässig festgelegt ist.

Das entscheidende diagnostische Kriterium ist das gleichzeitige Auftreten von affektiven und

Tabelle 2 Diagnostische Kriterien der schizoaffectiven Störungen im DSM-IV.

- A. Ununterbrochene Krankheitsperiode, während derer zu irgendeinem Zeitpunkt entweder eine Episode einer Major Depression, eine manische Episode oder eine gemischte Episode gleichzeitig mit Symptomen besteht, die das Kriterium A für die Schizophrenie erfüllen.
- B. Während derselben Krankheitsepisode haben Wahnphänomene oder Halluzinationen für mindestens zwei Wochen bei gleichzeitiger Abwesenheit ausgeprägter affektiver Symptome vorgelegen.
- C. Symptome, die die Kriterien einer affektiven Episode erfüllen, bestehen während eines erheblichen Anteils an der gesamten Dauer der floriden und residualen Perioden der Krankheit.
- D. Das Störungsbild geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Drogen, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

«schizophrenen» Symptomen. Unter dem Begriff «typisch schizophrene Symptome» werden in der ICD-10 Symptome wie Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, das Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung, kommentierende oder dialogische Stimmen sowie bizarre Wahnideen verstanden. Hierbei lässt sich unschwer K. Schneiders Konzept der «Symptome 1. Ranges» erkennen.

Die schizoaffectiven Störungen werden in der ICD-10 in den schizomanischen, schizodepressiven und gemischten Subtyp eingeteilt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei den schizoaffectiven Störungen in der Regel um episodische Erkrankungen mit vollständiger Remission zwischen den jeweiligen Phasen handelt.

Unterschiede zum DSM-IV

Im Gegensatz zur ICD-10 ist im DSM-IV [4] das Konzept der schizoaffectiven Störungen wesentlich enger gefasst (Tab. 2).

Prominente und anhaltende «typisch schizophrene Symptome» wie bizarrer Wahn, Gedankenausbreitung oder kommentierende bzw. dialogische Stimmen sind im DSM-IV durchaus mit der Diagnose einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen vereinbar. Die differentialdiagnostische Abgrenzung der schizoaffectiven Störungen von den psychotischen affektiven Störungen erfolgt im DSM-IV nicht wie in der ICD-10 aufgrund typischer Merkmale, die konzeptionell auf die Schneiderschen Erstrangsymptome zurückgehen, sondern vielmehr aufgrund einer zeitlichen Dissoziation zwischen psychotischer und affektiver Symptomatik. Im DSM-IV wird nämlich für die Diagnose einer schizoaffectiven Störung gefordert, dass während derselben Krankheitsperiode für den Zeitraum von mindestens zwei Wochen Wahnphänomene und Halluzinationen auftreten, ohne dass die Kriterien für ein depressives, manisches oder gemischtes affektives Syndrom erfüllt sind. Diese Definition geht auf das Konzept des schizodominanten Subtypes der schizoaffectiven Störungen in den «Research Diagnostic Criteria» (RDC) zurück, welches dort dem affektdominanten Subtyp ohne eine solche zeitliche Dissoziation gegenübergestellt wurde.

Häufigkeit der Diagnose

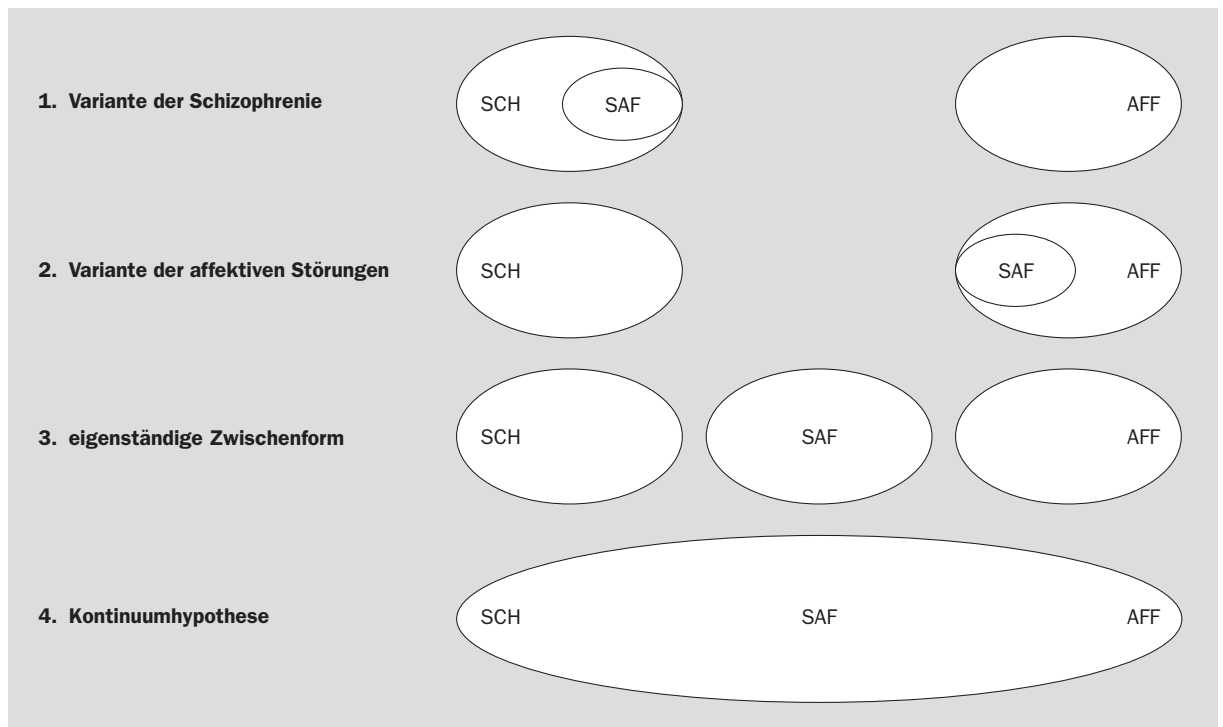
Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über verschiedene Publikationen [5–8], in denen der relative Anteil der schizoaffectiven Störungen (ICD-10: F25) innerhalb der Gesamtgruppe «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (ICD-10: F2) mitgeteilt wird.

Die Häufigkeit, mit der die Diagnose «schizoaffectiv Störung» gestellt wird, unterliegt deutlichen regionalen Schwankungen: Der in der Literatur angegebene Anteil dieser Diagnose an der Gesamtgruppe «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (ICD-10: F2) liegt zwischen

Tabelle 3 Prozentualer Anteil der schizoaffectiven Störungen (ICD-10: F25) an der Gesamtgruppe «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (ICD-10: F2).

	Institution(en)	Anteil von F25 an der Gesamtgruppe F2
Lange et al. [5]	zentrales Fallregister aller stationären Aufnahmen in Dänemark	7,8%
Healy et al. [6]	District General Hospital, North-West Wales	7,9%
Lange et al. [5]	Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen sowie Universitätskliniken in Deutschland	15,2%
Jäger et al. [7]	Psychiatrische Klinik der Universität München	24,0%
Marneros et al. [8]	Psychiatrische Klinik der Universitätsklinik Halle	33,3%

Abbildung 1 Nosologische Modelle der schizoaffektiven Störungen.



SCH = Schizophrenie; SAF = schizoaffektive Störungen; AFF = affektive Störungen

7,8% (zentrales Fallregister in Dänemark) und 33% (Universitätsklinik Halle). In Deutschland scheint die Diagnose «schizoaffektive Störung» in Universitätskliniken häufiger gestellt zu werden als in Bezirks- bzw. Landeskrankenhäusern.

Eine noch geringere Reliabilität findet sich für die schizoaffektiven Störungen nach den DSM-IV-Kriterien ($Kappa = 0,22$ [13]) und DSM-III-R-Kriterien ($Kappa = 0,08$ [12]). Diese Werte können nicht als zufriedenstellend angesehen werden.

Reliabilität der Diagnose

Die Interrater-Reliabilität psychiatrischer Diagnosen wird meist mit Hilfe des Kappa-Wertes angegeben, welcher nur die über die Zufallsübereinstimmung hinausgehende Konkordanz zwischen den verschiedenen Untersuchern anzeigt. Werte bis 0,40 werden üblicherweise als Ausdruck einer geringen, Werte zwischen 0,41 und 0,60 einer moderaten und Werte ab 0,61 einer guten Übereinstimmung angesehen.

Für die schizoaffektiven Störungen der ICD-10 finden sich in der Literatur Kappa-Werte zwischen 0,24 und 0,63 [9–12]. Hierbei ist zu beachten, dass sich die genannten Untersuchungen auf unterschiedliche Versionen der ICD-10 beziehen. Eine gute Übereinstimmung konnte bisher lediglich für die Forschungskriterien der ICD-10 gezeigt werden ($Kappa = 0,63$ [9]), während die Werte für die verschiedenen Entwürfe der klinischen Leitlinien der ICD-10 deutlich niedriger ausfielen ($Kappa = 0,54$ [10], $Kappa = 0,48$ [11], $Kappa = 0,24$ [12]).

Nosologische Modelle und deren empirische Überprüfung

Die nosologische Stellung der schizoaffektiven Psychosen ist seit Kasanin [2] umstritten. Angst und Scharfetter [14] sprachen gar von einem «nosologischen Ärgernis». Es lassen sich mindestens vier grundsätzlich verschiedene nosologische Modelle unterscheiden (Abb. 1).

Während die ersten beiden Modelle mit Kraepelins dichotomer Einteilung der funktionellen Psychosen gut vereinbar sind, stehen die beiden anderen im scharfen Gegensatz zu dessen Konzept. Insbesondere ist die Kontinuumhypothese, welche von einem Spektrum der funktionellen Psychosen ausgeht, nicht mit Kraepelins Postulat klar voneinander abgrenzbarer Krankheitseinheiten vereinbar.

Die verschiedenen nosologischen Modelle lassen sich durch empirische Untersuchungen überprüfen. Werden für eine solche empirische Überprüfung Variablen verwendet, welche Teil der

diagnostischen Entscheidungsfindung sind, beispielsweise der aktuelle klinische Querschnittsbefund, handelt es sich, der Terminologie von A. R. Feinstein [15] folgend, um eine interne Validierung. Werden hingegen zur Prüfung der Modelle Variablen verwendet, die nicht in die Diagnosefindung eingegangen sind, beispielsweise der zukünftige Krankheitsverlauf im Sinne von Follow-up-Studien, handelt es sich um eine externe Validierung.

Querschnittssymptomatik

Empirische Untersuchungen zur Querschnittssymptomatik weisen darauf hin, dass sich die schizoaffectiven Störungen sowohl von der Schizophrenie als auch von den affektiven Störungen unterscheiden. In einer eigenen Untersuchung [16] konnte dies in einem Kollektiv von 241 ersthospitalisierten Patienten für die ICD-10-Diagnosen gezeigt werden, wobei die schizoaffectiven Störungen hinsichtlich ausgewählter AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)-Syndrome jeweils paarweise mit den affektiven Störungen und der Schizophrenie verglichen wurden. Mit solch einem Ansatz kann jedoch nicht die Frage beantwortet werden, ob den schizoaffectiven Störungen eine echte Mittelstellung zwischen Schizophrenie und affektiven Störungen im Sinne einer klar abgrenzbaren Entität zukommt oder ob vielmehr von einem konti-

nuierlichen Spektrum mit lediglich quantitativen Übergängen ausgegangen werden muss.

Kendell und Gourlay [17] unternahmen den Versuch, mittels einer Diskriminanzanalyse auf der Grundlage von PSE-Daten zu zeigen, dass sich innerhalb der funktionellen Psychosen distinkte diagnostische Entitäten wie etwa Schizophrenie und affektive Psychosen abgrenzen lassen. Dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht; das Ergebnis deutete vielmehr auf eine kontinuierliche Änderung der Symptomatik innerhalb eines Spektrums der funktionellen Psychosen mit der Schizophrenie auf der einen und den affektiven Psychosen auf der anderen Seite hin. Angst et al. [18] werteten die AMDP-Daten von 269 Patienten unter Zuhilfenahme der Clusteranalyse mit dem Ziel aus, homogene Subgruppen zu identifizieren. Auch ihnen gelang es nicht, klare diagnostische Entitäten abzugrenzen. Sie fanden unter anderem, dass eine ausgeprägte affektive Symptomatik die gesamte schizophrene Subgruppe unterlagert, was von den Autoren im Sinne der Kontinuumhypothese interpretiert wurde. Ähnliche Schlussfolgerungen finden sich auch bei van Os et al. [19], die unter Zuhilfenahme von multivariaten statistischen Methoden bei einem Kollektiv von 701 Patienten der Frage nachgingen, inwiefern es mit Hilfe der ICD-10-Diagnosen (psychotische affektive Störungen, schizoaffectiven Störungen, nicht-affektive Psychosen) gelingt, zwischen Fällen mit affektiven und psychotischen Symptomen zu differen-

Tabelle 4 Auswahl wichtiger Follow-up-Untersuchungen zu den schizoaffectiven Störungen.

	Patientenkollektiv und Follow-up-Zeitraum	Diagnose-Kriterien	Schlussfolgerung (Modell)
Tsuang und Coryell [20]	schizoaffectiven Störung (n = 11), Schizophrenie (n = 22), psychotische Depression (n = 32), 8 Jahre	DSM-III-R	Variante der Schizophrenie
Welner et al. [21]	«schizoaffective and related psychoses» (n = 114), etwa 7–9 Jahre	eigene Kriterien	Variante der Schizophrenie
Benabarre et al. [22]	bipolare schizoaffectiven Störung (n = 34), bipolare Störung (n = 67), Schizophrenie (n = 37), 3 Jahre	RDC	Mittelstellung
Grossman et al. [23]	schizoaffectiven Störung (n = 41), affektive Störung (n = 40), Schizophrenie (n = 20), 4–5 Jahre	RDC	Mittelstellung
Marneros et al. [24]	schizoaffectiven Störung (n = 101), affektive Störung (n = 106), Schizophrenie (n = 148), 25 Jahre	DSM-III modifiziert	Mittelstellung Kontinuumhypothese
Harrow et al. [25]	schizoaffectiven Störung (n = 36), affektive Störung (n = 104), Schizophrenie (n = 70), 10 Jahre	RDC	Mittelstellung Kontinuumhypothese
Angst [26]	schizoaffectiven Störung (n = 145), affektive Störung (n = 261), 25 Jahre	eigene Kriterien	Mittelstellung Kontinuumhypothese
Jäger et al. [16]	schizoaffectiven Störung (n = 30), affektive Störung (n = 61), Schizophrenie (n = 64), 15 Jahre	ICD-10	Variante der affektiven Störungen
Pope et al. [31]	schizomanische Störung (n = 52), manische Störung (n = 34), Schizophrenie (n = 41), 1,5–5 Jahre	RDC	Variante der affektiven Störungen
Möller et al. [32]	schizoaffectiven Störung (n = 22), affektive Störung (n = 35), Schizophrenie (n = 97), 5–8 Jahre	ICD-8, RDC	Variante der affektiven Störungen

zieren. Die Autoren kamen zum Ergebnis, dass die ICD-10-Diagnosen bei einer solchen Differenzierung nur bedingt hilfreich sind, da sich insbesondere bei den nicht-affektiven Psychosen hohe Scores für affektive Symptome finden. Zusammenfassend bleibt also festzustellen, dass die meisten Arbeiten bezüglich der psychopathologischen Querschnittssymptomatik auf das Kontinuummodell hindeuten.

Krankheitsverlauf

In der Tabelle 4 ist eine Auswahl wichtiger Verlaufsuntersuchungen zusammengestellt. Darüber hinaus ist in dieser Tabelle ersichtlich, auf welchen diagnostischen Kriterien die Diagnosestellung beruht und mit welchem nosologischen Modell die Ergebnisse nach Meinung der jeweiligen Autoren am ehesten im Einklang stehen. Es wird deutlich, dass sich für alle vier nosologischen Hypothesen empirische Belege finden lassen, aber auch dass die Ergebnisse und Schlussfolgerungen von den zugrundeliegenden diagnostischen Kriterien abhängen.

Die beiden Untersuchungen, welche mit dem Modell der schizoaffectiven Störungen als Variante der Schizophrenie in Einklang stehen [20, 21], verwenden diagnostische Kriterien, die nicht mit denen der anderen aufgeführten Untersuchungen vergleichbar sind. Im DSM-III-R, welches der Untersuchung von Tsuang und Coryell [20] zugrunde liegt, ist zur Diagnosestellung einer schizoaffectiven Störung nötig, dass während derselben Krankheitsepisode für mindestens zwei Wochen Wahnphänomene und Halluzinationen auftreten, ohne dass die Kriterien für ein depressives oder manisches Syndrom erfüllt sind. Es wird also innerhalb einer Krankheitsepisode eine zeitliche Dissoziation zwischen affektiver und psychotischer Symptomatik gefordert. Auch das von Welner et al. [21] untersuchte Kollektiv ist für Patienten mit einer solchen zeitlichen Dissoziation selektiert.

Auf der anderen Seite stehen etliche Untersuchungen nach Ansicht ihrer Autoren mit einer Mittelstellung der schizoaffectiven Störungen bzw. der Kontinuumhypothese in Einklang [22–26]. Die meisten dieser Untersuchungen weisen jedoch auch darauf hin, dass die schizoaffectiven Störungen mehr Ähnlichkeit mit den affektiven Störungen haben als mit der Schizophrenie [23–25]. In diesem Zusammenhang wurde auch von Angst betont, dass die unipolar schizoaffectiven Erkrankungen ähnlich wie die unipolar affektiven und die bipolar schizoaffectiven Erkrankungen ähnlich wie die bipolar affektiven verlaufen [26]. Die

Befunde von Brockington et al. [27, 28], die darauf hinweisen, dass die schizodepressiven Störungen einen wesentlich schlechteren Verlauf aufweisen als die schizomanischen Störungen, konnten jedoch sowohl in der eigenen Untersuchung [16] als auch in der Untersuchung von Grossman et al. [23] nicht bestätigt werden.

Es ist zu beachten, dass es sich bei den meisten der oben genannten Untersuchungen um Mittelwertsvergleiche handelt. Solange sich keine sogenannten «Seltenheitspunkte» zwischen den jeweiligen diagnostischen Einheiten nachweisen lassen, wie es beispielsweise von Kendell und Gourlay [17] gefordert wurde, muss jedoch immer auch das Kontinuummodell in Betracht gezogen werden. Das Kontinuummodell wird weiterhin durch die Beobachtung gestützt, dass die psychopathologische Symptomatik bei Fällen, die ursprünglich als schizoaffectiv Störung eingeordnet wurden, im zeitlichen Verlauf sehr variabel ist und hierbei häufig auch Phasen mit rein affektiver oder rein psychotischer Symptomatik vorkommen [29, 30].

Über den Krankheitsverlauf der schizoaffectiven Störungen nach den ICD-10-Kriterien gibt es bisher kaum empirische Daten. Im Gegensatz zum DSM-III-R und DSM-IV wird in der ICD-10 keine zeitliche Dissoziation von affektiver und psychotischer Symptomatik während derselben Krankheitsepisode gefordert. In einer eigenen Untersuchung [16] wurde der 15-Jahres-Verlauf von insgesamt 155 Patienten verfolgt, die zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation die ICD-10-Forschungskriterien für schizoaffectiv Störungen, affektive Störungen oder Schizophrenie erfüllten. Hierbei wurde deutlich, dass sich die schizoaffectiven Störungen sowohl hinsichtlich psychopathologischer Variablen als auch hinsichtlich sozialer Outcome-Parameter klar von der Schizophrenie unterscheiden und den affektiven Störungen ziemlich ähnlich sind. Diese Ergebnisse stehen mit demjenigen nosologischen Modell im Einklang, welches die schizoaffectiven Störungen als Variante der affektiven Störungen ansieht.

In diesem Sinne wurde von uns auch empfohlen, die schizoaffectiven Störungen in der ICD-10 als Subtyp der affektiven Störungen einzuordnen [16], wie es in den Entwürfen zur ICD-10 ursprünglich einmal geplant war [12]. Dieses Modell wird auch durch die Untersuchungen von Pope et al. [31] sowie von Möller et al. [32] und von Zerssen et al. [33] gestützt, die sich jedoch auf die RDC und die ICD-8 beziehen. In der letztgenannten Arbeit wurden bereits ähnliche Schlussfolgerungen zur Klassifikation der schizoaffectiven Störungen gezogen.

Prognostische Bedeutung der zeitlichen Dissoziation von psychotischer und affektiver Symptomatik

Als ein wichtiges Ergebnis des Literaturüberblickes bleibt weiterhin festzuhalten, dass man bei Verwendung von unterschiedlichen diagnostischen Kriterien zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des Verlaufes kommt. Schizoaffective Störungen nach den ICD-10-Kriterien sind unter Verlaufsgesichtspunkten am ehesten als Variante der affektiven Störungen anzusehen. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise, dass Patienten, welche die DSM-III-R- beziehungsweise DSM-IV-Kriterien für eine schizoaffective Störung erfüllen, also eine zeitliche Dissoziation zwischen affektiver und psychotischer Symptomatik während derselben Krankheitsepisode aufweisen, eine ungünstigere Prognose als diejenigen Patienten haben, bei denen dies nicht der Fall ist.

Auf die prognostische Bedeutung solcher «interepisodischen Denkstörungen» wurde schon in den Arbeiten von Himmelhoch et al. [34] sowie von del Rigo Vega und Ayuso-Gutierrez [35] hingewiesen. Auch von Brockington et al. [27] wurde berichtet, dass bei schizodepressiven Störungen das Auftreten von psychotischen Symptomen ohne begleitende depressive Symptomatik während einer Krankheitsepisode einen wichtigen Prädiktor für einen schlechten Verlauf darstellt. Ebenso wies eine Untersuchung von Winokur et al. [36] darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen schizodominantem und affektdominantem Subtyp in den «Research Diagnostic Criteria» (RDC) eine wichtige prognostische Rolle spielt. Für den schizodominanten Subtyp wird in den RDC wie später im DSM-IV eine zeitliche Dissoziation von psychotischer und affektiver Symptomatik gefordert. Auch in therapeutischer Hinsicht scheint diese Unterscheidung bedeutsam zu sein, wie die Übersichtsarbeit von Baethge [37] zeigt.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die schizoaffective Störungen eine ziemlich problematische Diagnosekategorie darstellen. Die Häufigkeit, mit der die Diagnose «schizoaffective Störung» in verschiedenen psychiatrischen Kliniken gestellt wird, unterliegt starken regionalen Schwankungen. Bisher konnte weder für die klinischen Leitlinien der ICD-10 noch für die diagnostischen Kriterien des DSM-IV eine zufriedenstellende Interrater-Reliabilität nachgewiesen werden.

Die nosologische Stellung der schizoaffective Störungen muss derzeit als noch unklar angesehen werden. Mit Hilfe statistischer Verfahren ist es nicht gelungen, aus dem psychopathologischen Querschnittsbefund distinkte Einheiten abzugrenzen, die Ergebnisse sprechen vielmehr für einen kontinuierlichen Übergang von psychotischer und affektiver Symptomatik.

Bei der Untersuchung des Krankheitsverlaufes fällt auf, dass die Ergebnisse wesentlich von den zugrundeliegenden diagnostischen Kriterien abhängen: Eine zeitliche Dissoziation von affektiven und psychotischen Symptomen, wie sie im DSM-IV für die Diagnose einer schizoaffective Störung gefordert wird, scheint auf einen eher ungünstigen Verlauf, ähnlich demjenigen der Schizophrenie, hinzuweisen. Die schizoaffective Störungen der ICD-10, für die keine solche zeitliche Dissoziation von affektiver und psychotischer Symptomatik gefordert wird, können hingegen unter Verlaufsgesichtspunkten am ehesten als Variante der affektiven Störungen angesehen werden. Dies wäre gut mit der nosologischen Konzeption Kraepelins vereinbar, sofern man sich dazu entschliesst, die schizoaffective Störungen den affektiven Störungen zuzuordnen.

Im Vergleich zum DSM-IV scheint es der ICD-10 eher gelungen zu sein, mit den schizoaffective Störungen eine Diagnosekategorie für diejenigen Fälle zu schaffen, die sich in Anlehnung an die Originalbeschreibung von Kasanin durch eine Mischung von affektiver und psychotischer Symptomatik im Querschnittsbefund sowie durch einen relativ günstigen Krankheitsverlauf auszeichnen. In diesem Sinne sollten die schizoaffective Störungen in der ICD-10, wie von uns vorgeschlagen, als Subtyp der affektiven Störungen klassifiziert und nicht wie bisher unter dem Abschnitt «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (F2) eingeordnet werden.

Literatur

- 1 Pichot P. A comparison of different national concepts of schizoaffective psychosis. In: Marneros A, Tsuang MT, editors. Schizoaffective Psychoses. Berlin: Springer; 1986. p. 7–17.
- 2 Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. Am J Psychiatry 1933;13:97–126.
- 3 World Health Organisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. Übers. und hrsg. von H. Dilling unter Mitarbeit von E. Schulte-Markwort. Bern: Huber; 1999.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H. U. Wittchen und M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe; 1996.

- 5 Lange W, Munk-Jorgensen P, Bertelsen A, Schurmann A, Michels R, Malchow CP, et al. Comparison of psychiatric ICD-10 diagnoses in Denmark and Germany. *Psychopathology* 2002;35:36–47.
- 6 Healy D, Savage M, Michael P, Harris M, Hirst D, Carter M, et al. Psychiatric bed utilization: 1896 and 1996 compared. *Psychol Med* 2001;31:779–90.
- 7 Jäger M, Bottlender R, Strauß A, Möller HJ. On the descriptive validity of ICD-10 schizophrenia: empirical analyses in the spectrum of non-affective functional psychoses. *Psychopathology* 2003;36:152–9.
- 8 Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:167–74.
- 9 Sartorius N, Üstüm TB, Korten A, Cooper JE, van Drimmelen J. Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: results from the international field trials of ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioural disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:1427–31.
- 10 Zaudig M, Stieglitz RD, Gastpar M, Rosinger C. Mood (affective) and schizoaffective disorders (section F3): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990;23(Suppl 4):160–4.
- 11 Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115–24.
- 12 Hiller W, Dichtl G, Hecht H, Hundt W, von Zerssen D. An empirical comparison of diagnosis and reliabilities in ICD-10 and DSM-III-R. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:209–17.
- 13 Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, Bartoli I, Bucci P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *J Affect Disord* 2000;57:95–8.
- 14 Angst J, Scharfetter C. Schizoaffective Psychosen – ein nosologisches Ärgernis. In: Lüngershausen E, Kaschka WP, Witowski RJ, Herausgeber. *Affektive Psychosen*. Stuttgart: Schattauer; 1990. S. 23–31.
- 15 Feinstein AR. A critical overview of diagnosis in psychiatry. In: Rakoff VM, Gorman H, Kedward HB, Preston AJ, Stancer HC, editors. *Psychiatric Diagnosis*. New York: Brunner; 1977. p. 189–206.
- 16 Jäger M, Bottlender R, Strauß A, Möller HJ. 15-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:30–7.
- 17 Kendell RE, Gourlay J. The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1970;117:261–6.
- 18 Angst J, Scharfetter C, Stassen HH. Classification of schizo-affective patients by multidimensional scaling and cluster analysis. *Psychiatr Clin (Basel)* 1983;16:254–64.
- 19 van Os J, Gilvarry C, Bale R, van Horn E, Tattan T, White I, et al. Diagnostic value of the DSM and ICD categories of psychosis: an evidence-based approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:305–11.
- 20 Tsuang D, Coryell W. An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993;150:1182–8.
- 21 Welner A, Croughan JL, Fishman R, Robins E. The group of schizoaffective and related psychoses – critique, record, follow-up and family studies: a follow-up study. *Compr Psychiatry* 1977;18:413–22.
- 22 Benabarre A, Vieta E, Colom F, Nartinez-Aran A, Reinares M, Casto C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2000;16:167–72.
- 23 Grossman LS, Harrow M, Goldberg JF, Fichtner CG. Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: comparison with outcome of schizophrenia and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1359–65.
- 24 Marneros A, Deister A, Rhode A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:352–8.
- 25 Harrow M, Grossman LS, Herbener ES, Davies WE. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 2000;177:421–6.
- 26 Angst J. Der Verlauf schizoaffectiver Psychosen. In: Marneros A, Herausgeber. *Schizoaffective Psychosen*. Berlin: Springer; 1989. S. 48–54.
- 27 Brockington IF, Kendell RE, Wainwright S. Depressed patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychol Med* 1980;10:665–75.
- 28 Brockington IF, Wainwright D, Kendell RE. Manic patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychol Med* 1980;10:73–83.
- 29 Marneros A, Deister A, Rhode A. Syndrome shift in the long-term course of schizoaffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1988;238:97–104.
- 30 Marneros A, Rhode A, Deister A. Psychotic continuum under longitudinal considerations. In: Marneros A, Andreasen NC, Tsuang MT, editors. *Psychotic Continuum*. Berlin: Springer; 1995. p. 17–30.
- 31 Pope HG, Lipinski JF, Cohen BM, Axelrod DT. “Schizoaffective disorder”: an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1980;137:921–7.
- 32 Möller HJ, Hohe-Schramm M, Cording-Tömmel C, Schmid-Bode W, Wittchen HU, Zaudig M, et al. The classification of functional psychoses and its implications for prognosis. *Br J Psychiatry* 1989;154:467–72.
- 33 von Zerssen D, Zaudig M, Cording C, Möller HJ, Wittchen HU. The predictive value of grouping schizoaffective psychoses together with affective psychoses: Jaspers’ hierarchical rule revised. In: Marneros A, Tsuang MT, editors. *Affective and Schizoaffective Disorders*. Berlin: Springer; 1990. p. 33–52.
- 34 Himmelhoch JM, Fuchs CZ, May SJ, Symons J, Neil JF. When a schizoaffective diagnosis has meaning. *J Nerv Ment Dis* 1981;169:277–82.
- 35 del Rio Vega JM, Ayuso-Gutierrez JL. Course of schizoaffective psychosis. A retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:534–7.
- 36 Winokur G, Monahan P, Coryell W, Zimmerman M. Schizophrenia and affective disorder – distinct entities or continuum? An analysis based on a prospective 6-year follow-up. *Compr Psychiatry* 1996;37:77–87.
- 37 Beathge C. Long-term treatment of schizoaffective disorder. Review and recommendations. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:45–56.