

Die Abgrenzung von schizoaffektiven Erkrankungen gegenüber den bipolar affektiven Störungen ist häufig schwierig.

© Archiv



Schizoaffektive versus bipolare Erkrankungen

Klinische Realität und nosologisches Ärgernis

In wie weit können schizoaffektive Erkrankungen und bipolare affektive Störungen differenzialdiagnostisch klar getrennt werden? Ein historischer Überblick und die Klassifikation in den modernen Diagnosesystemen ICD 10 und DSM IV sollen im Folgenden dazu beitragen, eine Eingruppierung dieser Störungen zu ermöglichen.

TH. AUBEL

Die Bezeichnung „schizoaffektive Psychose“ wurde im Jahre 1933 erstmals von dem amerikanischen Psychiater John Kasanin in einem Artikel des American Journal of Psychiatry „acute schizoaffektive psychoses“ erwähnt. Darin beschrieb er neun etwa 20–30 Jahre alte Patienten mit einer dramatisch auftretenden Psychose, die sowohl aus „schizophrenen“ als auch aus „affektiven“ Symptomen bestand. Manche der Patienten hatten eine familiäre Belastung für affektive Erkrankungen. Vom Verlauf gestaltete sich die Symptomatik so, dass sie sich innerhalb von

wenigen Wochen oder Monaten zurückbildete. Insgesamt hatten diese Psychosen einen guten Verlauf. Klinisch verstehen wir heute unter schizoaffektiven Psychosen aber eher Symptome, die sich an den „Zwischenfällen“ von Kurt Schneiders klinischer Psychopathologie orientieren. Er redet von diesen Fällen dann, wenn sich die Differenzialtypologie Schizophrenie oder Zykllothymie (manisch depressive Erkrankung) nicht entscheiden lässt [Schneider, 1980]. Selbst Kraepelin erkannte, dass sein Dichotomiekonzept (Teilung der sogenannten endogenen Psychosen in Dementia praecox und ma-

nisch-depressives Irresein) keine starre Grenze hatte. In seiner Publikation „Die Erscheinungsform des Irreseins“, 1920, schreibt er: „Wir werden uns somit an den Gedanken gewöhnen müssen, dass die von uns bisher verwerteten Krankheitszeichen nicht ausreichen, um uns die zuverlässige Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von der Schizophrenie unter allen Umständen zu ermöglichen, dass vielmehr auf diesem Gebiet Überschneidungen vorkommen, die auf den Ursprung der Krankheitserscheinungen aus gegebenen Vorbedingungen beruhen.“

Abbildung 1



Konzept der Mischpsychose

Auch Eugen und Manfred Bleuler kannten und beschrieben die schizoaffectiven Psychosen, die sie „Mischpsychosen“ nannten. Sie ordneten sie aufgrund ihres Konzeptes den Schizophrenien zu [Bleuler E, 1911; Bleuler M, 1972]. Aber erst ein Schüler von Manfred Bleuler, der angesehene Bipolar-Forscher Jules Angst grupperte die Mischpsychosen im Jahre 1966 zusammen mit den affektiven Erkrankungen. Durch die Arbeit von Jules Angst wurde die Verwandtschaft der schizoaffectiven zu den bipolar-affektiven Erkrankungen zum ersten Mal empirisch und systematisch untersucht und dokumentiert

Auch in Amerika ist die Forschergruppe um Clayton und seinen Mitarbeitern an der Washingtoner Universität 1968 zu der Schlussfolgerung gekommen, dass aufgrund des guten Verlaufs und der guten Prognose die schizoaffectiven Erkrankungen wahrscheinlich eine Variante der affektiven Störungen darstellt.

Die inzwischen gewonnenen Erkenntnisse zur Wirkung von Lithium, später auch von Carbamazepin, Valproat und anderen Antikonvulsiva bei der Prophylaxe von schizoaffectiven Erkrankungen verfestigte weiter die Meinung, dass es sich hier am ehesten um eine affektive Erkrankung handelt. Auf der anderen Seite blieb die Diagnose „schizo-

zoaffective Erkrankung“ bis zum Ende der 80er-Jahre in vielen Kliniken ein Tabu. Selbst Marneros, einer der Hauptverfechter dieser Entität wollte 1981 in der sogenannten Köln-Studie eigentlich nachweisen, dass die schizoaffectiven Erkrankungen nichts anderes sind als Schizophrenien. Erst die gewonnenen Befunde dieser Untersuchungen bewegten ihn zu einer Revidierung der vorgefassten Meinung und zu einem Kurswechsel (vgl. Abbildung 1).

Kriterien nach ICD 10

Die diagnostischen Kriterien für eine schizoaffective Störung gemäß ICD 10 (Forschungskriterien G1–G4) lauten folgendermaßen:

- G1:** Die Störung erfüllt die Kriterien für eine affektive Störung (F30, F31, F32) vom Schweregrad mittel oder schwer.
- G2:** Aus mindestens einer unten aufgeführten Symptomgruppen müssen Symptome während einer Zeitspanne von mindestens zwei Wochen vorhanden sein; die Symptomgruppen entsprechen nahezu denen der Schizophrenien (F20.0–F20.3):
- 1. Gedankenlautwerden, Gedanken- eingebung, Gedankenentzug, Gedanken- ausbreitung,
 - 2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezo- gen auf Körper- oder Gliederbewe- gungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen,
 - 3. kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten sprechen oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kom- men,
 - 4. anhaltender kulturell unange- messener und bizarrer Wahn (daher nicht ausschließlich Größen- oder Verfolgungswahn) sondern zum Bei- spiel die Überzeugung, andere Welten besucht zu haben, Wolken durch Ein- und Ausatmen kontrol- lieren zu können, mit Pflanzen oder Tieren ohne Sprache kommunizie- ren zu können,
 - 5. Danebenreden oder deutlich zer- fahrene Sprache oder häufiger Ge- brauch von Neologismen,
 - 6. intermittierendes, aber häufiges Auftreten einiger katatoner Symp- tome wie zum Beispiel Haltungsste-

reotypen, wächserne Biegsamkeit und Negativismus.

G3: Die Kriterien G1 und G2 müssen während derselben Störungsepisode und wenigstens für einige Zeit gleichzeitig erfüllt sein. Das klinische Bild muss durch Symptome beider Kriterien G1 und G2 ausgeprägt sein.

G4: Häufigste Ausschlusskriterien der Störungen: Sie sind insbesondere nicht bedingt durch eine organische Krankheit des Gehirns im Sinne von F0 oder durch psychotrope Substanzen (F1 bei Intoxi- kation, Abhängigkeit oder Entzug).

Als diagnostische Leitlinien gelten folgende:

Die Diagnose „schizoaffective Störung“ wird gestellt, wenn sowohl eindeutig schizophrene als auch eindeutig affektive Symptome gleichzeitig oder nur durch wenige Tage getrennt während derselben Krankheitsepisode vorhanden sind. Als Konsequenz daraus erfüllt die Krankheitsepisode weder die Kriterien für eine Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode.

Kriterien nach DSM IV

A: Ununterbrochene Krankheitsperiode, in der zu irgendeinem Zeitpunkt eine depressive Episode oder Major Depression, eine manische Episode oder eine gemischte Episode gleichzeitig mit Symptomen besteht, die das Kriterium A für Schizophrenie erfüllen. Bei der Episode der Major Depression muss das Kriterium A1 depressive Verstimmung einschließen.

B: Während derselben Krankheitspe- riode haben Wahnphänomene oder Halluzinationen für mindestens zwei Wochen bei gleichzeitiger Abwesenheit ausgeprägter affektiver Symptome vor- zuliegen.

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.

Problem der Chronologie

Zwischen dem Beginn einer „psychotischen Episode“ und der Aufnahme in einer Klinik können bei den meisten Episoden, die nicht den Kategorien der „akuten polymorphen Psychosen oder anderen akuten Psychosen“ zugeordnet sind, mehrere Tage, Wochen oder manchmal auch Monate liegen. Die Folge des hier zur Diskussion stehenden chronologischen Kriteriums ist, dass für viele Patienten eine Manie oder Depression diagnostiziert wird, in der Realität jedoch eine schizoaffective Erkrankung vorliegt. Um aus dem Dilemma der Zuordnung zur schizoaffectiven und bipolaren Erkrankung herauszukommen, schufen Marneros und Angst eine eigene longitudinale Klassifikation:

- 1. „Konkurrenenter Typ“; dieser ist charakterisiert durch schizoaffective Episoden, also die gleichzeitige (konkurrenente) Anwesenheit von schizophrenen und affektiven Symptomen.
- 2. „Sequenzieller Typ“; dieser Typ ist gekennzeichnet durch das getrennte (sequenzielle) Auftreten von schizophrenen und affektiven Episoden (manischen, depressiven und gemischten) im Verlauf.

Insgesamt ist zu sagen, dass schizoaffective Störungen eine Position zwischen affektiven und schizophrenen Symptomen einnehmen; diese beziehen sich sowohl auf die wichtigsten sozio-, biografischen und prämorbid Merkmale wie auch auf den Verlauf, den Ausgang therapeutischer und prophylaktischer Strategien sowie auf genetische und biologische Merkmale (vgl. **Abbildung 1**). In Zukunft werden durch genetische Untersuchungen weitere Differenzialdiagnosen und gegebenenfalls auch entsprechende Therapien möglich sein.

Bipolare Störungen – historischer Rückblick

Die ersten Hinweise für bipolare Zustände finden sich schon in der griechischen Mythologie; in der Odyssee

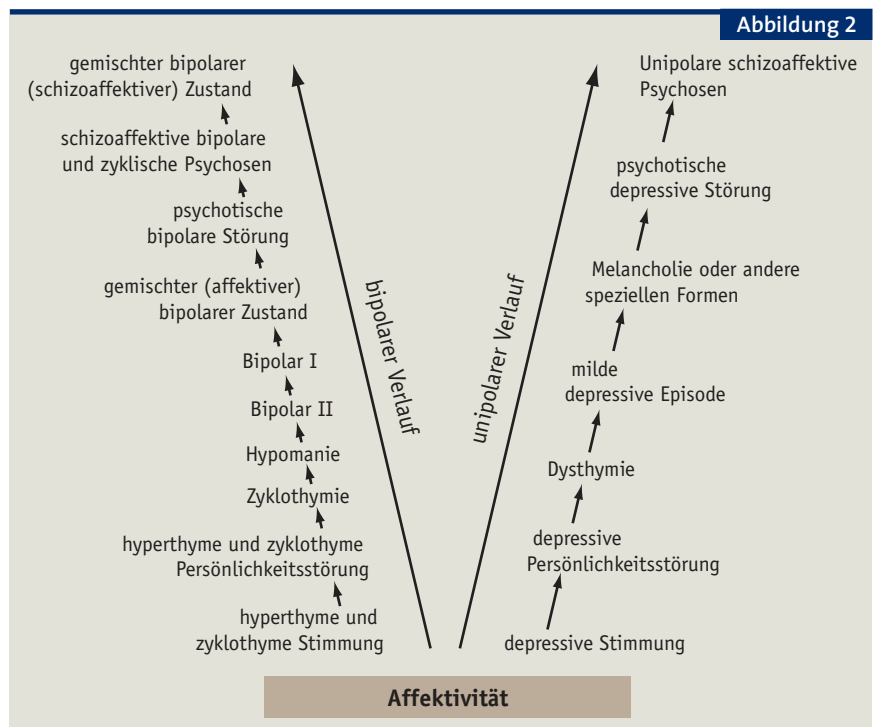
wird beispielsweise ein manischer Zustand geschildert. Auch Aristoteles beschäftigte sich schon detailliert mit dem Emotionsbegriff und beschrieb verschiedene Typen von Melancholie, teils krankhafte, teils mit einer außerordentlichen Leistungsfähigkeit verbundene. Auch die Vier-Säfte-Lehre des Hippokrates mit den idealtypischen Temperamenten (Sanguiniker, Choliker, Melancholiker und Phlegmatiker) findet sich in der späteren Temperamentslehre, die noch heute aktuell ist. Im 19. Jahrhundert konkretisierte sich dann das Konzept der bipolar affektiven Störungen. Ein Schüler von Philippe Pinel, Jean Esquirol (1772–1840), sah bereits psychische Erkrankungen phänomenologisch und unterschied die „période maniaque“ und die „période mélancolique“. Er ging auch bereits von einer multifaktoriellen Genese psychischer Störungen aus.

Jean-Pierre Falret (1794–1870), der damalige Direktor des „Hospice de la Salpêtrière“, des berühmten Pariser Großkrankenhauses, konnte durch gezielte Beobachtung von Langzeitverläufen psychisch Erkrankter bereits wieder-

kehrende, in der affektiven Ausgestaltung wechselnde Bilder beschreiben, die er als „folie circulaire“, bereits 1851 erstmals publizierte. Falret beschrieb auch als einer der ersten symptomfreie Zwischenintervalle der Erkrankung, die unserer modernen Konzeption bipolarer Erkrankungen entsprechen.

In der deutschsprachigen Psychiatrie prägte vor allen Dingen Karl-Ludwig Kahlbaum (1828–1899) den Begriff der „Folie à double“, bei der er insbesondere in der Verlaufsbeschreibung bereits melancholische, manische und symptomfreie Intervalle unterschied. Kahlbaum etablierte zudem für leichtere Formen des affektiven Wechsels die von seinem Schüler Edward Hecker kreierte Bezeichnung „Cyklothymie“ [Hecker, 1877; Kahlbaum, 1882].

Kraepelin erfasste erst im Jahr 1899 in der sechsten Ausgabe seines Psychiatrielehrbuchs die klinisch-symptomatisch im Verlauf gegensätzlichen, aber offensichtlich zirkulierenden Bilder als eigene psychotische Einheit unter der Bezeichnung „manisch-depressives Irresein“ zusammen. Die Erscheinungsform der Zykllothymie stellte auch für Kraepelin



Unterschiedliche Verlaufsformen affektiver Störungen.

nur eine leichte Version der manisch-depressiven Erkrankung dar.

Kraepelins Sichtweise fand bekanntlich zahlreiche Kritiker, insbesondere die Zeitgenossen Carl Wernicke (1848–1905) und später dessen Schüler Karl Kleist (1879–1960). Beide stellten ihm eigenständige, nicht alternierende melancholische und manische Krankheitsbilder entgegen. Damit standen die monopolen Psychosen neben den bipolaren, ohne dass die Manien zur zweiten Kategorie gepasst hätten. Gestützt und ausgebaut wurde diese Konzeption eigener, daher autochthoner psychotischer Affektivität im Weiteren von Karl Leonard (1957), der „reine“ monopolar phasische Krankheitsbilder von „vielgestaltigen“ phasischen Formen unterschied. Sie stellten bei ihm mit der manisch-depressiven Krankheit und den zykliden Psychosen einen eigenen bipolaren Formkreis dar.

Aktuelle Sichtweise der bipolaren Erkrankungen

Jules Angst und Carlo Perres begründeten 1966 endgültig die Trennung der monopolen von den bipolaren Erkrankungen. Sie unterschieden die ein- oder mehrphasigen, das heißt periodischen – immer aber monopolen – Depressionen von den kombinierten (im engeren Sinne manisch-depressiven) bipolaren Erkrankungen. In der klinischen Praxis bestätigte sich mittlerweile vielfach, dass es kaum reine Manien gibt, praktisch nie im Falle episodischer Verläufe. Nicht geklärt ist dagegen wann in den Langzeitverläufen mit zunächst nur depressiven Phasen überhaupt nicht mehr mit einer Manie zu rechnen ist. Der Patient wäre dann abschließend und eindeutig diagnostiziert. Die Antwort ist umstritten. Da die bipolaren Störungen meist mit depressiven Episoden starten, ist das Risiko, weiterhin von einer „falschen“ Unipolarität auszugehen, nie ganz auszuschließen. Das Rezidiv bei bipolaren Störungen liegt höher; eine Latenz von 20 Jahren bis zur ersten manischen Episode ist keine Seltenheit.

Der klinische Verlauf von Depressionen und das zeitweilige Hinzutreten nur schwach ausgeprägter manifomer Intervalle ist ein schwer einschätzbares Problem. Aus diesem Grund war es sinnvoll,

auch noch zwischen sogenannten Bipolar-I- und Bipolar-II-Störungen zu unterscheiden. Gestützt wurde diese Unterteilung von genetisch-epidemiologischen Analysen betroffener Familien mit jeweils sehr unterschiedlich hohem Erkrankungsrisiko. Diese zusätzlichen Diagnosen werden in der Regel klinisch und nicht zuletzt durch fremdanamnestic Angaben gestellt. Bipolar I bedeutet mindestens eine eindeutig manische Episode, Bipolar II depressive oder mehrere hypomanische Episoden.

Klassifikation der bipolaren affektiven Störungen

ICD-10: Hier sind bipolar-affektive Störungen (F31) durch wiederholte, das heißt mindestens zwei Episoden charakterisiert, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau deutlich gestört sind. Auch Patienten mit ausschließlich manischen Episoden, die aber vergleichsweise selten sind, werden als bipolar klassifiziert, da sie den bipolar erkrankten Patienten, die auch depressive Episoden erleben, in der Familienanamnese und prämorbidem Persönlichkeit hinsichtlich Krankheitsbeginn und langfristiger Prognose ähneln.

Erstaunlicherweise klassifiziert der ICD-10 die gemischten affektiven Episoden in einer eigenen Unterrubrik, den sogenannten sonstigen affektiven Störungen (F38) und nicht unter den bipolaren Formen. Nach den ICD-Kriterien ist eine gemischte affektive Episode eine Episode, die mindestens zwei Wochen dauert und durch eine Mischung oder raschen Wechsel von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen charakterisiert ist.

DSM IV: Die bipolaren Störungen werden in die Bipolar-I- und die Bipolar-II-Störung, die zyklotyme und die nicht näher bezeichnete bipolare Störung klassifiziert: Die Bipolar-I-Störung zeichnet sich aus durch eine oder mehrere manische oder gemischte Episoden, gewöhnlich mit Episoden einer Major Depression einhergehend. Die Bipolar-II-Störung ist bestimmt durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression mit mindestens einer hypomanischen Episode. Die Verursachung von manischen, hypomanischen oder depressiven Episoden durch eine Substanz

oder eine körperliche Erkrankung schließt die Diagnose bipolare Störung nicht aus.

Die zyklotyme Störung ist definiert durch eine Zeitspanne von mindestens zwei Jahren mit zahlreichen Perioden von hypomanen Symptomen, die nicht die Kriterien für eine manische Episode erfüllen sowie durch zahlreiche Perioden mit depressiven Symptomen, die nicht die Kriterien für die Episode einer Major-Depression erfüllen.

Die „nicht näher bezeichnete bipolare Störung“ dient zur Codierung solcher Störungen mit bipolaren Merkmalen, die nicht die Kriterien irgendeiner definierten bipolaren Störung erfüllen.

Schizoaffective Störungen als Brücken

Im Endeffekt muss man von zwei verschiedenen Verläufen, einmal dem Bipolar-Spektrum und einmal dem depressiven Spektrum ausgehen (**Abbildung 2**). Wahrscheinlich ist es so, dass die Mehrzahl der schizoaffectiven Erkrankungen, die schwerste Form affektiver Störungen darstellen; manch andere wiederum sind die leichtere Form schizophrener Erkrankungen. Die schizoaffectiven Erkrankungen bilden also eine Mischung aus der gestörten Affektivität und dem Schizophreniespektrum oder – wenn man es anhand eines anderen Bildes verdeutlichen möchte – sie sind Brücken zwischen den beiden Spektren [Marneros, 2004]. □

KONTAKT

Dr. med. Thomas Aubel

LWL-Klinik Dortmund
Fachkrankenhaus für Psychiatrie
und Psychotherapie
Akademisches Lehrkrankenhaus und
Universitätsklinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin
der Ruhr-Universität Bochum
Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund
E-Mail: thomas.aubel@wkp-lwl.org