

Zur Frage der operationalisierten Diagnostik schizoaffektiver und zyklolder Psychosen

M. Zaudig und G. Vogl

Max-Planck-Institut für Psychiatrie Abteilung Erwachsenenpsychiatrie (Prof. D. v. Zerssen)
Kraepelinstrasse 10, D-8000 München 40, Bundesrepublik Deutschland

A Comparison of Different Operationalized Diagnostic Criteria for Schizoaffective and Cycloid Psychoses

Summary. Case histories of 128 patients suffering from functional psychoses were evaluated. The operational definitions for schizoaffective psychoses (SAP) of Kendell, Welner, Spitzer (RDC) and Feighner were applied. Of the 30 cases of SAP based on ICD 8 (295.7), Kendell's criteria were fulfilled in 97% Welner's in 77%, Spitzer's in 70% and Feighner's in 30%. The highly sensitive criteria of Kendell are best qualified for delineating the schizoaffective (sa) syndroms, but have the disadvantage of not requiring a time limitation when examining the longitudinal course of the illness. In this respect, the Welner criteria which also demonstrate high sensitivity were found to be more appropriate for the disease concept of the ICD 8. When using the schizoaffective criteria, a striking overlap was found with catatonic schizophrenia (Kendell and Welner diagnosed 33% as sa), paranoid schizophrenia (Spitzer 39%, Kendell and Welner 28%) and mania (Kendell and Welner 50% sa diagnoses). Of the SAP only 30% satisfied Perris' criteria for cycloid psychoses. Except for catatonic schizophrenia (47% overlap), the cycloid psychoses could be well distinguished from the other psychoses. Cycloid psychoses therefore should not form a subgroup of the SAP. Kendell's criteria were found to be best qualified for the determination of the schizoaffective group. A higher specificity of the disease concept SAP may be achieved if we use time limitations such as Welner's. To avoid placing cycloid psychoses in the SAP category, the Perris criteria should be applied. Because of their high specificity, the criteria of Feighner and Spitzer were found to be inappropriate. In DSM-III the definition of "psychotic disorders not elsewhere classified" is weak. It lacks an operational definition for SAP so that DSM-III was not used for this investigation. In order to obtain a more homogeneous population not only in the schizoaffective group, but also in both of the two major psychoses, we find it legitimate to maintain the schizoaffective group and, at the same time, recognize the exceptional position of cycloid psychoses as separate groups.

Key words: Diagnostic criteria for schizoaffective psychoses - Cycloid psychoses

Zusammenfassung. Die Krankengeschichten von 128 Patienten mit einer endogenen Psychose wurden ausgewertet. Überprüft wurde, inwieweit die Kriterien von Kendell, Welner, Spitzer (RDC) und von Feighner für die Diagnose einer schizoaffectiven Psychose (SAP) zutreffen. Von 30 Krankengeschichten mit der ICD-Diagnose SAP (295.7) erfüllten 97% die Kriterien von Kendell, 77% die von Welner, 70% die von Spitzer und 30% die von Feighner. Schizoaffectiv (sa) Syndrome lassen sich am besten durch die sehr sensiblen Kriterien von Kendell erfassen. Schwäche dieses Konzepts ist jedoch das Fehlen von zeitlichen Ein- und Ausschlußkriterien. In dieser Hinsicht erscheinen die Kriterien von Welner, die sich ebenfalls durch eine hohe Sensibilität auszeichnen, dem Krankheitskonzept der ICD angemessen. Schwierigkeiten der differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber den SAP ergaben sich bei den Katatonien (nach Kendell und Welner 33% fälschliche sa-Diagnose), bei den paranoiden Schizophrenien (nach Spitzer 39%, nach Kendell und Welner 28% fälschliche sa-Diagnose) und bei den Manien (nach Kendell und Welner 50% fälschliche sa-Diagnose). Nur 30% der SAP erfüllten auch die Kriterien von Perris für zyklische Psychosen. Mit Ausnahme der Katatonie (47% falsch positiv) lassen sich die anderen Diagnosegruppen gut von den zyklischen Psychosen abgrenzen. Zyklische Psychosen sollten deshalb nicht den SAP subsumiert werden. Zur maximalen Erfassung der sa-Syndrome eignen sich die Kriterien von Kendell am besten, ergänzt durch Verlaufskriterien wie bei Welner könnte das Krankheitskonzept der SAP spezifischer erfaßt werden. Um die zyklischen Psychosen nicht den SAP zu subsumieren, sollten zusätzlich die Kriterien von Perris angewandt werden. Ungeeignet infolge ihrer hohen Spezifität sind die Kriterien von Feighner und Spitzer. In Ermangelung operationalisierter Kriterien für SAP und aufgrund der definitorischen Schwäche bezüglich der übrigen „nicht anderswo klassifizierbaren Psychosen“ ist DSM-III für diese Fragestellung nicht anwendbar. Nicht nur zur klareren Beschreibung des schizoaffectiven Zwischenbereiches, sondern auch zur besseren Erfassung und Abgrenzung der beiden großen Psychosenformenkreise scheint es berechtigt, am Zwischenbereich der schizoaffectiven Psychosen und einer Sonderstellung der zyklischen Psychosen festzuhalten.

Schlüsselwörter: Diagnostische Kriterien für schizoaffectiv Psychosen – Zyklische Psychosen

Einleitung

Die Differenzierung zwischen affectiven und schizophrenen Psychosen ist auch seit der von Kraepelin festgelegten Systematik immer noch schwierig und umstritten. Das Bemühen Kraepelins um eine streng dichotome Einteilung zielte letztlich ab auf eine empirisch und psychopathologisch begründete Querschnittsdiagnose.

Als die erwarteten psychopathologischen Belege hierfür nicht erbracht werden konnten, stellte Kraepelin 1921 sein Zweiteilungsprinzip selbst in Frage:

„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.“ Denn zu viele Krankheitsbilder entzogen sich dem dichotomen Schema, zu viele Schizophrenien zeigten einen remittierenden Verlauf ohne Defektbildung. Diese prognostisch günstige Gruppe wies immer auch eine deutliche affektive Symptomatik auf und wurde von vielen Autoren mit den unterschiedlichsten Bezeichnungen belegt, am häufigsten findet heute der Ausdruck schizoaffective Psychose Verwendung; er geht zurück auf Kasanin (1933). Die von ihm beschriebene Psychose schließt allerdings auch schizophrene Reaktionen mit ein, seine Kriterien werden daher in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt (Angst 1980).

Viele Psychiater sind heute der Ansicht, daß diese schizoaffectiven Psychosen (SAP) als Variante der affektiven Psychosen zu betrachten sind (Pope und Lipinski 1978), nach der ICD-Nomenklatur (ICD 8 und 9) aber werden sie den Schizophrenien zugerechnet und nach DSM-III als „Psychosen anderswo nicht klassifizierbar“. Dieser Begriff der DSM-III umfaßt folgende Diagnosen: Schizophreniforme Psychosen, kurzdauernde reaktive Psychose, schizoaffective Psychose und atypische Psychose, die symptomatologisch kaum differenziert werden und sich hauptsächlich in der Krankheitsdauer unterscheiden. Für die SAP werden im Gegensatz zu den übrigen drei Diagnosen keine operationalisierten Kriterien angegeben.

Bisher wurden keine verlässlichen Außenkriterien gefunden, die die Existenz einer eigenständigen schizoaffectiven Psychose überzeugend begründen. Die genetischen Befunde von Angst et al. (1979) und Scharfetter und Nuesperli (1980) weisen auf einen heterogenen Erbgang bei den SAP hin. Tsuang (1979) kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Er betrachtet die SAP ebenfalls nicht als genetische Einheit, sondern als Varianten der affektiven und der schizophrenen Psychosen. Im Gegensatz dazu ordnen Clayton et al. (1968), Cohen et al. (1972) und Mendlewicz et al. (1979) sie den affektiven Psychosen zu. Der unbestrittene Nutzen der Lithium-Prophylaxe bei schizoaffectiven Psychosen (Prien 1979) rückt diese Psychosen, was ihre medikamentöse Therapie betrifft, in die Nähe der affektiven Psychosen; denn Lithium erwies sich bei der Behandlung stiller Schizophrenien als unwirksam.

Die neuere psychopathologische Forschung versucht, durch Präzisierung von psychopathologischen Ein- und Ausschlußkriterien die diagnostische Verlässlichkeit zur Abgrenzung der verschiedenen Psychoseformen zu erhöhen, Prädiktoren zu erfassen und deren Validität zu bestimmen. Feighner et al. (1972), Welner et al. (1974), Spitzer et al. (1978) und (Brockington et al. 1980) erstellten operationalisierte Kriterien für die Gruppe der schizoaffectiven Psychosen. Brockington und Leff (1979) verglichen acht verschiedene Diagnostikkonzepte für SAP untereinander, u.a. die von Spitzer, von Welner und von Kendell, mit der Absicht, dadurch eine homogene Gruppe zu erfassen, die das Konstrukt der SAP erhärten würde. Sie fanden jedoch eine sehr niedrige Konkordanz ($k=0.19$) der Diagnosen, die aufgrund der Kriterien gestellt wurden und eine auffallend schlechte Abgrenzung gegenüber der Manie. Brockington et al. (1980) untersuchten 32 nach Kendells Kriterien als schizomanisch diagnostizierte Patienten

und kamen zu dem Schluß, daß diese Gruppe den affektiven Psychosen ähnlicher sei als den Schizophrenien.

Die zykliden Psychosen, in der Vergangenheit bereits als eigenständige Gruppe mit eigenem Erbgang, phasenhaftem Verlauf und gutem Ansprechen auf Lithium beschrieben (Störting et al. 1962; Perris 1974 und 1978; Leonhard 1980), werden von den meisten Klinikern und auch in der ICD 9 den SAP subsumiert. Diese von Leonhard selber sowohl von den „systematischen“, als auch von den „unsystematischen Schizophrenien“ abgegrenzten Psychosen sind gekennzeichnet durch Störungen der Emotionalität (Angst-Glücks-Psychose), der Motorik (Motilitätspsychose), bzw. inhaltliche Denkstörungen und Verwirrtheit (Verwirrtheitspsychose). Im Unterschied zu Leonhard stellte Perris operationalisierte Kriterien auf und fordert u.a. zwei von fünf Symptomen (Verwirrtheit, parathymen Wahn und/oder Halluzinationen, Hyper- oder Akinese, ekstatischer Zustand, Angst) für die Diagnose einer zykliden Psychose. Nach der Untersuchung von Cutting et al. (1978) bestehen bei den zykliden Psychosen klare Unterschiede zu den Schizophrenien, den affektiven Psychosen und — allerdings in geringerem Ausmaß — zu den schizoaffectiven Psychosen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Brockington et al. (1982): Sie stellten wenig Übereinstimmung fest zwischen schizoaffectiven Psychosen, diagnostiziert nach RDC und DSM-III, und zykliden Psychosen, diagnostiziert nach den Kriterien von Leonhard und Perris. Unklar erschien die Beziehung der zykliden Psychosen zur manisch-depressiven Erkrankung. Diese Untersuchungen stärken die Hypothese, daß die zykliden Psychosen nicht unbedingt synonym sind mit dem Begriff der schizoaffectiven Psychose, sondern eine eigenständige Gruppe darstellen.

Alle diese Untersuchungen weisen deutlich auf die Schwierigkeit hin, Grenzen zu ziehen zwischen den beiden großen Psychosenformenkreisen, die hin- und hergeschoben wurden und doch nicht gesichert werden konnten. Die mangelnde Reliabilität diagnostischer Zuordnung in der Psychiatrie beruht auf dem diagnostischen Prozeß selbst, sowie auf dem verwendeten System von Krankheitsbegriffen (Möller und v. Zerssen 1980). Denn die psychiatrische Nosologie als typologisches System bedingt die für eine Typologie charakteristische Randunschärfe der Gruppierungen und damit eine schlechtere Reliabilität bei der diagnostischen Zuordnung als bei einer streng kategorialen Klassifikation (v. Zerssen 1973).

Fragestellung

Ziel unserer Untersuchung war es, die Diagnostikkonzepte für schizoaffective Psychosen von Kendell, Welner, Spitzer (RDC) und Feighner auf ihre Eignung hin zu prüfen, den schizoaffectiven „Zwischenbereich“ (Janzarik 1980) zu erfassen und ihn damit genauer als bisher möglich beschreiben zu können. Weiterhin sollte geprüft werden, inwieweit die Kriterien für zyklide Psychosen nach Perris mit denen für schizoaffective, schizophrene bzw. manisch-depressive Psychosen übereinstimmen. Eine verbesserte diagnostische Abgrenzung der schizoaffectiven Psychosen würde es außerdem ermöglichen, die beiden großen Formenkreise endogener Psychosen homogener darzustellen.

Methodik

Wir werteten die Krankengeschichten von 128 endogen psychotischen Patienten (ICD 8 – Nr. 295, 296) aus, davon 76 Frauen und 52 Männer, die von 1974 bis 1979 am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (MPIP) in München stationär behandelt wurden. Am MPIP erfolgt routinemäßig eine ausführliche Befunddokumentation unter Verwendung standardisierter Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen (Barthelmes und v. Zerssen 1978). Die Auswahl der Krankengeschichten erfolgte zufällig aus einem größeren Kollektiv vorliegender Krankengeschichten, einzig eingeschränkt durch unsere Forderung nach hohem Sicherheitsgrad der Diagnose, berücksichtigt wurden nur Krankengeschichten mit dem Sicherheitsgrad: Diagnose wahrscheinlich bzw. sicher, nicht jedoch Verdachts- oder Differentialdiagnosen. Das Krankengut gliedert sich in folgende Diagnosegruppen auf:

Schizoaffektive Psychosen, $n=30$; paranoide Schizophrenie, $n=28$; Katatonie, $n=15$; Hebephrenie, $n=11$; schizophrener Defektzustand, $n=14$; Manie, $n=18$ und endogene Depression, $n=12$.

Diagnostik

Die Diagnostik erfolgte grundsätzlich nach der ICD-Nomenklatur; die von dem behandelnden Arzt klinisch gestellte ICD-Diagnose wurde bei der im MPIP routinemäßig stattfindenden Fallkonferenz von mehreren Ärzten unter der Supervision des Abteilungsleiters (von Zerssen) oder seines Vertreters (Mombour) diskutiert und eventuell berichtigt, operationalisierte Kriterien wurden dabei nicht angewandt. Die auf diese Weise gestellte Diagnose wird im folgenden als hinreichend zuverlässig und richtig betrachtet. Eine SAP wird am MPIP dann diagnostiziert, wenn innerhalb der Indexphase oder während einer früheren Krankheitsphase sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in solcher Ausprägung vorhanden waren, daß die Diagnose einer Schizophrenie oder einer affektiven Psychose allein unwahrscheinlich erschien. Im Querschnitt können innerhalb derselben Krankheitsphase simultan oder sukzessiv affektive und schizophrene Symptome vorhanden sein (Angst 1980).

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte für die ICD-Diagnose eine genaue syndromale Beschreibung des Krankheitsbildes als schizomanisches Syndrom, schizodepressives Syndrom und bipolar-schizoaffektives Syndrom (gleichzeitiges oder alternierendes Vorkommen manischer und depressiver Symptome zusätzlich zu einer eindeutigen schizophrenen Symptomatik) durch die Untersucher (M.Z. und G.V.), da eine syndromale Aufschlüsselung in der ICD-Nomenklatur nicht vorgesehen ist. Ein schizomanisches Syndrom wurde dann diagnostiziert, wenn neben eindeutigen schizophrenen Symptomen auch eine ausreichende Anzahl manischer Symptome vorhanden war und damit eine eindeutige Zuordnung zu den schizophrenen Psychosen oder zur Manie nicht möglich war. Wenn neben einer ausgeprägten endogenen Depression mehrere klare schizophrene Symptome, wie z.B. parathymen Wahn, auftraten, diagnostizierten wir ein schizodepressives Syndrom.

Krankheitssymptome und deren Dauer wurden der unmittelbaren Vorgeschichte, dem Aufnahmebefund und dem Krankheitsverlauf während des Indexaufenthaltes entnommen. Die Daten wurden in Symptomlisten mit den diagnostischen Kriterien der Research Diagnostic Criteria (RDC) für SAP von Spitzer, der Kriterien von Feighner, Welner und Kendell übertragen. Ebenso verfahren wir mit den Kriterien für zyklode Psychosen von Perris.

Zusätzlich zu den untersuchten 128 Krankengeschichten werteten beide Untersucher vor der Hauptuntersuchung unabhängig voneinander 10 Krankengeschichten (Auswahlkriterien siehe Methodik) zur Prüfung der Interrater-Reliabilität aus. Dabei wurde auf Item-Ebene eine sehr hohe und damit bei der syndromalen Beschreibung eine vollständige Übereinstimmung erzielt.

Die prozentuale Übereinstimmung der KG-Diagnose ICD 8 – Nr. 295.7 mit der operationalisierten Diagnostik anhand der Kriterien für SAP von Kendell, Welner, Spitzer und Feighner wurde überprüft. Die in den Krankengeschichten aufgeführten Symptome wurden in die Symptomlisten der o.g. Autoren übertragen und es wurde verglichen, inwieweit die

Symptome die Kriterien erfüllen und auf diese Weise die prozentuale Übereinstimmung berechnet. Untersucht wurden in gleicher Weise die Kriterien zur Beschreibung zyklischer Psychosen nach Perris hinsichtlich ihrer Eignung, schizoaffektive Psychosen zu erfassen. Um festzustellen, inwieweit sich andere psychotische Syndrome (ICD 8 – Nr. 295.1, 295.2, 295.3, 295.6, endogene Depression, Manie) durch die operationalisierten Kriterien für SAP ausschließen lassen (Spezifität als prozentuale Nichtübereinstimmung), übertrugen wir die Symptome aus den Krankengeschichten der nicht-schizoaffektiven Psychosen in die o.g. Kriterienlisten für SAP und für zyklische Psychosen nach Perris. Sollten sich die operationalisierten Kriterien als genügend spezifisch erweisen zur Beschreibung und Abgrenzung der SAP, so dürften die in den Krankengeschichten erhobenen Symptome sicher nicht ausreichen, eine schizoaffektive Psychose gemäß den Kriterien von Kendell, Welner, Spitzer und Feighner oder eine zyklische Psychose nach Perris zu diagnostizieren. Ergab sich dennoch eine diagnostische Übereinstimmung der KG-Diagnose mit den o.g. Kriterien, so bezeichneten wir diese Diagnose als „fälschlich“-schizoaffektiv.

Ergebnisse

1. Bei der Auswertung der Krankengeschichten von 30 Patienten (davon 20 (67%) weiblich) mit einer SAP (ICD 8 – Nr. 295.7) nach den operationalisierten Kriterien, ergab sich folgendes Bild:

a) Eine völlige diagnostische Übereinstimmung zwischen unserer ICD-Diagnostik und den vier Autoren lag in 30% vor. Werden die Kriterien von Feighner dabei nicht berücksichtigt, so ergibt sich eine Übereinstimmung von 60%, beim Vergleich nur mit Kendells und Welners Kriterien eine solche von 77%.

Die Kriterien von Kendell erzielten mit 97% die höchste Übereinstimmung mit der ICD 8, gefolgt von Welners (77%) und Spitzers Kriterien (70%). Sehr niedrig ist die Übereinstimmung mit den Kriterien von Feighner (37%) (Tabelle 1a). Es zeigt sich, daß mit den Kriterien von Kendell und auch Welner in Übereinstimmung mit der an unserer Klinik gebräuchlichen ICD-Diagnostik der schizoaffektive Zwischenbereich gut erfaßt werden kann. Diese beiden operationalisierten Kriterien erscheinen deswegen gut brauchbar, eine schizoaffektive Psychose zu erfassen und damit eine gültige Diagnose zu stellen. Von den 30 SAP werden nach Perris neun (30%) als zyklisch diagnostiziert, diese wiederum erfüllen sämtlich auch die Kriterien von Kendell, in 78% die von Spitzer, in 67% die von Welner und in 22% die Kriterien von Feighner (Tabelle 1b).

b) Bei syndromaler Aufteilung in schizomanisches Syndrom (sm), schizodepressives Syndrom (sd) und bipolar-schizoaffektives Syndrom (bsa) ergibt sich eine ähnliche Übereinstimmung der einzelnen Autoren mit der ICD-Diagnose. Die als bsa bezeichneten Syndrome waren durch raschen Wechsel der affektiven Symptomatik, psychomotorische Erregung, Denkzerfahrenheit, parathymen Wahn und/oder Halluzinationen sowie Ratlosigkeit charakterisiert.

Von 30 SAP diagnostizierten wir sechs als sd-Syndrome (20%), 14 als sm-Syndrome (47%) und vier als bsa-Syndrome (13%); sechs schizoaffektive Fälle (20%) konnten syndromal nicht zugeordnet werden. Das Patientengut enthält im Durchschnitt sowohl nach der ICD-Diagnostik, als auch aufgrund der kriterienbezogenen Diagnostik der vier Autoren, doppelt so viele sm-Syndrome wie sd-Syndrome. (Tabelle 2a).

Untersucht man die sa-Syndrome daraufhin, inwieweit sie durch ihre Symptomatik auch die Kriterien für zyklische Psychosen erfüllen, so ergibt sich

Tabelle 1a. Übereinstimmung der einzelnen diagnostischen Kriterien untereinander und mit der ICD-Diagnose bei 30 schizoaffektiven Psychosen

	Anzahl d. Patienten	Übereinstimmung mit				
		Kendell	Welner	Spitzer	Feighner	Perris
ICD-8	30	29 97%	23 77%	21 70%	11 37%	9 30%
Kendell	29	—	23 79%	21 72%	11 38%	9 39%
Welner	23	—	—	18 78%	11 48%	6 26%
Spitzer	21	—	—	—	9 43%	7 33%
Feighner	11	—	—	—	—	2 18%
Perris	9	—	—	—	—	—

Prozentzahlen bezogen auf die 1. Kolumne: Anzahl der Patienten

Tabelle 1b. 9 SAP, die zugleich die Kriterien von Perris für zyklode Psychosen erfüllen. Prozentuale Übereinstimmung mit den 4 Kriterien

	Anzahl d. Patienten	Übereinstimmung mit			
		Kendell	Welner	Spitzer	Feighner
Perris	9	9 100%	6 67%	7 78%	2 22%

höchste Übereinstimmung mit 50% bei den bsa-Syndromen (hier jedoch sehr geringe Fallzahl!) und die niedrigste mit 21% bei den sm-Syndromen (Tabelle 2b).

2. Zur Prüfung der Spezifität der diagnostischen Kriterien für SAP, d.h. ihrer Eignung, andere Psychosengruppen abzugrenzen, wurden folgende Diagnosengruppen untersucht: Endogene Depression, Manie, ICD 295.1, 295.2, 295.3, 295.6. Die hier angenommene Richtigkeit und Zuverlässigkeit dieser Diagnosen wird durch die am MPIP üblichen Diagnostik (siehe S. 388) gewährleistet. Ergab sich eine diagnostische Übereinstimmung der o.g. Diagnosen mit den Kriterien für SAP, so bezeichneten wir diese Diagnosen als „fälschlich“-schizoaffektiv. Bei hinreichender Spezifität der operationalisierten Kriterien für SAP wären dann kaum fälschliche Übereinstimmungen zu erwarten.

Bei den endogenen Depressionen überwogen die weiblichen Patienten mit 83%, die übrigen Diagnosengruppen wiesen eine Geschlechtsverteilung von etwa 1:1 auf.

Schizophrene Defektzustände und endogene Depressionen ließen sich aufgrund der Kriterien der vier Autoren in ihrem syndromalen Erscheinungsbild

Tabelle 2a. Syndromale Aufteilung der 30 SAP

	ICD-Diagnose	Kendell	Welner	Spitzer	Feighner
Schizoaffective Psychose	30	29	23	21	11
Davon sd	6 20%	9 31%	5 22%	7 33%	3 27%
Davon sm	14 47%	17 59%	9 39%	12 57%	6 54%
Davon bsa	4 13%	3 10%	9 39%	2 9%	2 18%
Syndromal nicht eindeutig zuzuordnen	6 20%				

Prozentzahlen bezogen auf die 1. Zeile: Anzahl der SAP

Tabelle 2b. Prozentuale Übereinstimmung der sa-Syndrome mit den Kriterien von Perris

	ICD	Perris	Übereinstimmung
SAP	30	9	30%
Davon sd	6	2	33%
Davon sm	14	3	21%
Davon bsa	4	2	50%
syndromal nicht eindeutig zuzuordnen	6	2	33%

gut gegenüber SAP abgrenzen. Bei der Untersuchung der Manien werden nach Kendell und Welner neun Fälle (50%) fälschlich als sa diagnostiziert, davon acht identische Fälle (89%), nicht jedoch nach Spitzer und Feighner (0%). Bei den Katatonien, Hebephrenien und paranoiden Schizophrenien werden nach den Kriterien von Kendell, Welner und Spitzer etwa 20 bis 30% der Fälle fälschlich als sa diagnostiziert. Davon sind bei den Katatonien drei Fälle (60%) nach Kendell und Welner identisch, bei den paranoiden Schizophrenien sieben Fälle (88%) (Abb. 1).

Betrachtet man allein die 98 nicht-schizoaffectiven Psychosen, so werden nach Kendell 29 (30%), nach Welner 26 (27%), nach Spitzer 19 (19%) und nach Feighner acht (8%) fälschlich als sa diagnostiziert. Bei den Schizophrenien allein ($n=68$) – ohne SAP – ist der Anteil fälschlich als sa diagnostizierter Fälle nach Kendell 18 (26%), nach Welner 16 (23%), nach Spitzer 18 (26%) und nach Feighner sieben (10%).

Bei der Überprüfung der Abgrenzbarkeit der zykliden Psychosen ergibt sich: Sieben Fälle (47%) der nach ICD diagnostizierten Katatonien werden nach Perris als

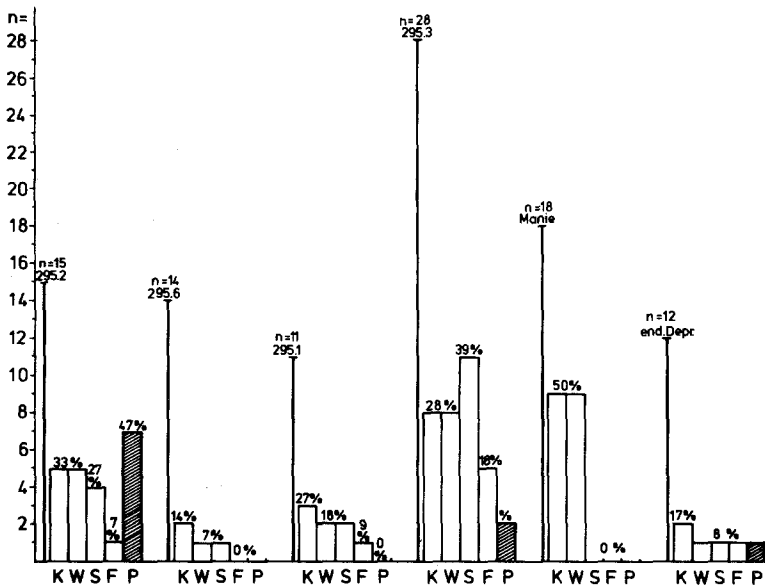


Abb. 1. Prozentualer Anteil der fälschlich als SAP diagnostizierten Fälle bei Anwendung der diagnostischen Kriterien (K=Kendell, W=Welner, S=Spitzer, F=Feighner, P=Perris)

zykloide Psychosen diagnostiziert; dagegen erfüllen Defektzustände und Hebephrenien in keinem Fall die Forderung für die Diagnose einer zyklischen Psychose. Bei den paranoiden Schizophrenien und den affektiven Psychosen besteht ebenfalls eine gute Abgrenzbarkeit gegenüber den zyklischen Psychosen. Von den insgesamt 128 untersuchten Psychosen (einschließlich der 30 SAP) erfüllen 19 Fälle (15%) die Kriterien für zyklische Psychosen. Klammert man die SAP aus, so werden nur 10 Fälle (10%) als zyklisch diagnostiziert. Betrachtet man die Schizophrenien ($n=68$) allein, werden insgesamt neun (13%) als zyklisch diagnostiziert; bei den affektiven Psychosen ($n=30$) entspricht nur ein Fall (3%) diesen Kriterien.

Diskussion

Bei den SAP erzielen die Kriterien von Kendell mit 97% die größte Übereinstimmung mit der ICD-Klinik-Diagnose. Das Diagnostikinstrument Kendells ist sehr sensibel hinsichtlich der Erfassung der Querschnittsdiagnose. Die hohe Sensibilität erklärt unserer Meinung nach aber auch den hohen Prozentsatz der fälschlich als schizoaffektiv diagnostizierten Manien, Katatonien und paranoiden Schizophrenien. Dies Ergebnis verdeutlicht wiederum die bekannte Problematik der Abgrenzung akuter Manien von Schizophrenien (Pope und Lipinski 1978; Carlson und Goodwin 1973), ebenso die Schwierigkeit der Unterscheidung akuter Manien von Katatonien (Taylor und Abrams 1977). Ein Nachteil von Kendells Konzept ist das Fehlen zeitlicher Ein- und Ausschlusskriterien. Die nächstbeste Übereinstimmung mit der ICD bei den SAP wird mit den Kriterien von Welner (77%) erzielt. Seine Kriterien zur Erfassung der affektiven und

besonders der schizophrenen Krankheitsanteile sind unserer Meinung nach zu sensibel gefaßt – z.B. keine Unterscheidung zwischen synthymen und parathymen Wahn –, werden aber durch die Forderung nach akutem Krankheitsbeginn und phasenhaftem Verlauf wieder eingeschränkt und damit spezifischer. Hingegen ergibt sich aber dann der Widerspruch, daß die Ergebnisse seiner Katamnese schizoaffectiver Psychosen (Werner et al. 1977) nicht mit seiner Forderung eines phasenhaften Verlaufes übereinstimmen; er findet in 71% der Fälle einen chronischen Verlauf, von diesen zeigen 81% eine Defektsymptomatik. Bei der Prüfung der Spezifität ist die Zahl der fälschlich als so diagnostizierten Fälle bei Kendell und Werner fast gleich hoch, davon sind die meisten auch identisch.

Spitzers Kriterien erreichen 70%ige diagnostische Übereinstimmung mit der ICD bei den SAP. Wiederum ist die Sensibilität für affektive Krankheitsanteile sehr hoch, dagegen sind die Schizophrenie-Kriterien durch Verwendung von Symptomen ersten Ranges sehr eng gefaßt. Dies wird deutlich in Abb. 1: Bei den paranoiden Schizophrenien finden wir den höchsten Anteil (39%) fälschlich so diagnostizierter Fälle, bei den Manien hingegen keinen Fall. Die in den RDC als eigener Unterpunkt geforderte Überlappung schizophrener und affektiver Krankheitssymptome erweist sich andererseits als günstig zur Abgrenzung schizoaffectiver Psychosen von postremissiven Erschöpfungssyndromen und präpsychotischen depressiven Verstimmungen.

Mit den Kriterien von Feighner ist es nicht möglich, den schizoaffectiven Zwischenbereich zu erfassen, da – wie aus der Untersuchung hervorgeht – die Kriterien zu spezifisch sind.

Bei syndromaler Betrachtung der SAP fällt die Häufung schizomanischer Syndrome auf; es werden nach allen Autoren fast doppelt so viele sm-Syndrome wie sd-Syndrome diagnostiziert. Dies weist nach unserer Meinung deutlich auf das Abgrenzungsproblem von Schizophrenie (speziell der akuten Katatonie) und Manie hin.

In der deutschsprachigen Psychiatrie herrscht seit Kurt Schneider die Tendenz vor, die affektiven Psychosen eng zu definieren. Die amerikanischen Psychiater neigen heute eher dazu, den umgekehrten Weg zu beschreiten (Kick 1981; Koehler und Saß 1981); dies wird besonders deutlich am Beispiel des erweiterten Maniebegriffes (Pope und Lipinski 1978). Uns erscheint es sinnvoller, die nicht eindeutig einem der beiden Psychosenformenkreise zuzuordnenden Psychosen als schizoaffectiven Zwischenbereich zu erfassen und die Hypothese eigenständiger anderer Psychosen in diesem Bereich zu überprüfen, mit der Konsequenz, eine bessere Grundlage für die biologische und epidemiologische Forschung zu schaffen.

Ziel dieser Arbeit war es, durch Vergleich der klinisch intuitiven Diagnostik mit den operationalisierten Kriterien für SAP den unklaren diagnostischen Zwischenbereich klarer zu erfassen, als Grundlage für die weitere diagnostische Abklärung und Abgrenzung der SAP. Unserer Meinung nach erfüllen die Kriterien von Kendell und auch Werner diesen Anspruch, mit der Einschränkung jedoch, daß eine befriedigende Abgrenzung zu den beiden großen Psychosenformenkreisen noch nicht möglich ist. Dies könnte jedoch durch die Einbeziehung operationalisierter Ein- und Ausschlusskriterien noch weiter verbessert

werden. Das Konzept des schizoaffectiven Zwischenbereiches hätte außerdem den Vorteil, „die Randunschärfe typologischer Gruppierungen“ (v. Zerssen 1973) bzw. der beiden großen Psychosenformenkreise zu verringern und die Reliabilität bei der diagnostischen Zuordnung zu erhöhen (Möller und v. Zerssen 1980).

Bei der Prüfung der Frage, inwieweit die Kriterien für zyklode Psychosen nach Perris mit den nach ICD diagnostizierten SAP übereinstimmen, ergab sich, daß nur 30% der Fälle ($n=9$) diese Kriterien, alle diese Fälle aber auch die Kriterien von Kendell erfüllten (Tabelle 1b). Unsere diagnostische Zuordnung zu den zykliden Psychosen erfolgte in den meisten Fällen auf Grund des Vorkommens des Symptoms Angst, welches in den diagnostischen Kriterien für SAP nicht enthalten ist. Unsere als bipolar-schizoaffectiv bezeichneten Syndrome erfüllen zu 50% die Kriterien von Perris, auch vom klinischen Bild her ähneln sie am meisten den von Leonhard und Perris beschriebenen zykliden Psychosen. Die sm-Syndrome erfüllen nur in 21% der Fälle die Kriterien von Perris (Tabelle 2b). Die zykliden Psychosen sind also gut abgrenzbar gegenüber schizomanischen und manischen Syndromen, wie wir auch bei der Untersuchung der Spezifität (Abb. 1) zeigen konnten. In keinem Fall wurde die Diagnose zyklode Psychose bei den Manien gestellt. Auffallend ist die schlechte Differenzierbarkeit zwischen Katatonie und zykloder Psychose (insbesondere Motilitätspsychose). 47% der Katatonien erfüllen die Kriterien von Perris. Katatone Symptome können phänomenologisch kaum von Störungen der Motilität im Sinne von Leonhard und Perris unterschieden werden. Die zykliden Psychosen lassen sich von den übrigen Diagnosen jedoch sehr gut abgrenzen.

Neunzehn (15%) aller 128 untersuchten Fälle erfüllten die Kriterien für zyklode Psychosen. Dies entspricht dem Ergebnis einer Untersuchung von Brockington et al. (1982). Diese Autoren fanden unter 244 psychotischen und schizoaffectiven Patienten 30 Patienten (12%) mit zykliden Psychosen, diagnostiziert von Perris selbst. Unsere Ergebnisse bestätigen die Feststellung von Cutting et al. (1978) und Brockington et al. (1982), daß die zykliden Psychosen nicht identisch sind mit den SAP. Auf Grund dieser Untersuchungen und unserer Ergebnisse erscheint es nicht berechtigt, die zykliden Psychosen den schizoaffectiven Psychosen unterzuordnen, wie dies in der ICD 9 der Fall ist.

Literatur

- Angst J (1980) Verlauf unipolar depressiver, bipolar manischdepressiver und schizoaffectiver Erkrankungen und Psychosen – Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 48: 3–30
- Angst J, Felder W, Lohmeyer B (1979) Schizoaffective Disorders. Results of a genetic investigation, I. *J Aff Dis* 1: 139–153
- Angst J, Felder W, Lohmeyer B (1979) Are schizoaffective psychoses heterogeneous? Results of a genetic investigation II. *J Affective Disord* 1: 155–165
- Barthelmes H, Zerssen D v (1978) Das Münchner Psychiatrische Informationssystem (PSYCHIS München). In: Reichartz PL, Schwartz B (Hrsg) Informationssysteme in der medizinischen Versorgung. Schattauer, Stuttgart New York
- Brockington IF, Leff JP (1979) Schizo-affective psychosis: definitions and incidence. *Psychol Med* 9: 91–99

- Brockington IK, Wainwright S, Kendell RE (1980) Manic patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychol Med* 10: 73-83
- Brockington IF, Perris C, Kendell RE, Hillier VE, Wainwright S (1982) The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol Med* 12: 97-105
- Carlson G, Goodwin FK (1973) The stages of mania. *Arch Gen Psychiatr* 28: 221-228
- Clayton PJ, Rodin L, Winokur G (1968) Family history studies: III Schizoaffective disorder, clinical and genetic factors including a one to two year follow-up. *Compr Psychiatr* 9: 31-49
- Cohen St, Allen MG, Pollin W, Hrubec Z (1972) Relationship of schizoaffective psychosis to manic depressive psychosis and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatr* 26: 539-545
- Cutting JC, Clare AW, Mann AH (1978) Cycloid psychosis: an investigation of the diagnostic concept. *Psychol Med* 8: 637-648
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatr* 26: 57-63
- Janzarik W (1980) Der schizoaffective Zwischenbereich und die Lehre von den primären und sekundären Seelenstörungen. *Nervenarzt* 51: 272-279
- Kasanin J (1933) The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatr* 90: 97-126
- Kick H (1981) Die Dichotomie der idiopathischen Psychosen im Syndromprofilvergleich der Kraepelinschen Krankheitsbeschreibung. *Nervenarzt* 52: 522-524
- Koehler K, Saß H (1981) Der Maniebegriff seit Kraepelin. *Nervenarzt* 52: 19-25
- Kraepelin E (1920) Die Erscheinungsform des Irreseins. *Z Ges Neurol Psychiatr* LXII: 1-29
- Leonhard K (1980) Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie Verlag, Berlin
- Mendlewicz J, Linkowski P, Wilmotte J (1980) Relationship between schizoaffective illness and affective disorders or schizophrenia. *J Affective Disord* 2: 289-302
- Möller HJ, Zerssen D v (1980) Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten der psychiatrischen Diagnostik. In: Biefang S (Hrsg) *Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellung und Methoden*. Enke, Stuttgart
- Perris C (1974) Cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* [Suppl] 7-77
- Perris C (1978) Morbidity suppressive effect of lithium carbonate in cycloid psychosis. *Arch Gen Psychiatr* 35: 328-331
- Pope HG, Lipinski JF (1978) Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatr* 35: 811-828
- Prien R (1979) Lithium in the treatment of schizophrenia and schizoaffective disorders. *Arch Gen Psych* 36: 252-253
- Scharfetter C, Nuesperli M (1980) The group of schizophrenias schizoaffective psychoses and affective disorders. *Schizophr Bull (Nat Inst Ment Health)* 6: 586-591
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978) Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. Third edition. New York State Psychiatric Institute, New York
- Störring GE, Suchenwirth R, Völkel H (1962) Emotionalität und zyклоide Psychosen (Zur Psychopathologie der sogenannten Randpsychosen). *Psychiatr Neurol Med Psychol (Lpz)* 3: 85-97
- Taylor MA, Abrams R (1977) Catatonia. Prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatr* 34: 1223-1225
- Tsuang MT (1979) Schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatr* 36: 633-634
- Welner A, Croughan JL, Robins E (1974) The group of schizoaffective and related psychoses - Critique, record, follow-up, and family studies. *Arch Gen Psychiatr* 31: 628-631
- Welner A, Croughan J, Fishman R, Robins E (1977) The group of schizoaffective and related psychoses: A follow-up study. *Compr Psychiatry* 18: 413-422
- Zerssen D v (1973) Diagnose - Nosologie - Syndrom - Typus. In: Müller Chr. (Hrsg): *Lexikon der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York. S 135-138; 355-357; 508-509; 540-542