



Roder • Brenner • Müller

7. Auflage

Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten IPT



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Roder • Müller • Brenner

**Integriertes Psychologisches Therapieprogramm
bei schizophren Erkrankten
IPT**

Materialien für die klinische Praxis

Herausgegeben von Martin Hautzinger und Franz Petermann

Volker Roder • Daniel R. Müller • Hans D. Brenner

Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten IPT

Unter Mitarbeit von Conny Steichen und Annina Reymond

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

7., überarbeitete Auflage

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. phil. Volker Roder, Dipl.-Psych.
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universität Bern
Bolligenstraße 111
3000 Bern 60
Schweiz
E-Mail: roder@sunrise.ch

Prof. Dr. med. Hans D. Brenner
Departamento de Psiquiatria
Escuela de Medicina
Universidad de Valparaíso
Subida Caravallo 200
Valparaíso / Chile
E-Mail: hans.brenner@spk.unibe.ch

Dr. phil. Daniel R. Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universität Bern 60
Bolligenstraße 111
3000 Bern 60
Schweiz
E-Mail: daniel.mueller@upd.unibe.ch

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28482-0 Print
ISBN 978-3-621-28558-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 1988
7., überarbeitete Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Natalie Brecht
Bildnachweis: mauritius images / RODRUN/Knöll Aquarell von Heidrun Füssenhäuser
Herstellung: Victoria Larson
Satz: Reemers Publishig Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter:
www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
I Störungsbild	11
1 Klassifikation und Diagnostik	12
2 Epidemiologie und Komorbidität	26
3 Theoretische Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen	32
4 Stand der Therapieforschung	50
II Therapie/Praxis	79
5 Therapievoraussetzungen, Einsatzmöglichkeiten und Indikation	80
6 Die fünf Unterprogramme des IPT im Überblick	87
7 Durchführung der einzelnen Unterprogramme	102
8 Therapieplanung und Therapieverlaufskontrolle	177
Anhang	185
Arbeitsmaterialien im Überblick	186
Hinweise zu den Arbeitsmaterialien und Audiodateien	188
Literatur	189
Sachwortverzeichnis	213

Inhalt

Vorwort	9
I Störungsbild	11
1 Klassifikation und Diagnostik	12
1.1 Formen der Schizophrenie	12
1.2 Differenzialdiagnosen	16
1.3 Der diagnostische Prozess	16
1.4 Diagnostische Instrumente	18
2 Epidemiologie und Komorbidität	26
2.1 Verbreitung	26
2.2 Verlauf	27
2.3 Komorbiditäten	30
3 Theoretische Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen	32
3.1 Erste Vulnerabilitäts-Stress-Modelle	32
3.2 Vulnerabilitäts- und Einflussbereiche auf Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten	35
3.3 Aktuelle integrierte Modellannahmen als Grundlage für Behandlungs- und Rehabilitationsangebote	42
4 Stand der Therapieforschung	50
4.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze	50
4.2 Das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT) – empirische Studien	66
4.3 Weiterentwicklung des IPT	71
II Therapie / Praxis	79
5 Therapievoraussetzungen, Einsatzmöglichkeiten und Indikation	80
5.1 Institutionelle Rahmenbedingungen	80
5.2 Patienten	81
5.3 Gruppenzusammensetzung	83
5.4 Therapeuten	84
5.5 Differenzielle Indikationsstellung zur Durchführung des IPT	85

6	Die fünf Unterprogramme des IPT im Überblick	87
6.1	Allgemeiner Aufbau und Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept	87
6.2	Kognitive Differenzierung	89
6.3	Soziale Wahrnehmung	91
6.4	Verbale Kommunikation	93
6.5	Soziale Fertigkeiten	94
6.6	Interpersonelles Problemlösen	98
7	Durchführung der einzelnen Unterprogramme	102
7.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	102
7.2	Kognitive Differenzierung	106
7.3	Soziale Wahrnehmung	118
7.4	Verbale Kommunikation	131
7.5	Soziale Fertigkeiten	143
7.6	Interpersonelles Problemlösen	157
7.7	Überlegungen zu Gruppenprozessen	173
8	Therapieplanung und Therapieverlaufskontrolle	177
8.1	Verhaltens- und Problemanalyseschema	177
8.2	Fremd- und Selbsteinschätzungssystem	182
	Anhang	185
	Arbeitsmaterialien im Überblick	186
	Hinweise zu den Arbeitsmaterialien und Audiodateien	188
	Literatur	189
	Sachwortverzeichnis	213

Vorwort

Während der letzten drei Jahrzehnte konnten psychosoziale Therapie- und Rehabilitationsansätze bei Menschen mit einer Schizophrenieerkrankung entscheidende Entwicklungen verzeichnen und entsprechende Fortschritte und Verbesserungen bezüglich der sozialen (Re-)Integration erzielen. Dabei sind besonders zwei Bereiche hervorzuheben: zum einen die Definition, das Verständnis und damit die Bedeutung von Kognitionen für den Rehabilitationsverlauf; zum anderen die »Recovery-Bewegung« mit ihrem aktiven Einbezug der Betroffenen in den gesamten Rehabilitationsprozess, der nicht nur psychopathologisch und defizitorientiert einen Zugang zu der Erkrankung findet, sondern besonders auch Ressourcen, Resilienz, Selbstwirksamkeit, Entstigmatisierung und Hoffnung mit den Erkrankten thematisiert. Entsprechende integrierte Zugänge, die sorgfältig und längerfristig von gut ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten in die Therapie- und Rehabilitationsplanung einbezogen werden, scheinen empirisch die besten Ergebnisse zu erzielen.

Der Psychologe und Psychiater Hans D. Brenner und der Psychologe Wolfgang Stramke, die vor mehr als vier Jahrzehnten das Fundament für den später als Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) bezeichneten Therapieansatz legten, nahmen damit den beschriebenen Entwicklungsprozess im psychosozialen Bereich um viele Jahre vorweg. Dieser damals entwickelte Gruppentherapiezugang, der kognitive Interventionen mit solchen zur sozialen Kompetenz und Integration verbindet, gilt heute als Pionierleistung, die für die Konzeption späterer Ansätze als richtungsweisend bezeichnet werden kann.

Die Erstauflage der vorliegenden 7. Ausgabe des Therapiemanuals wurde vor drei Jahrzehnten beim Beltz Verlag publiziert. Da das Manual in 12 Sprachen vorliegt, konnten Erfahrungen und empirische Ergebnisse mit vielen Patienten ganz unterschiedlicher Kulturen gesammelt werden. So wurde das Programm oder Teile daraus über 40 wissenschaftliche und publizierte Therapiestudien mit 1796 Patienten in und außerhalb von Europa evaluiert. Dies führte zu einer ständigen Weiterentwicklung des IPT, bei der diese praktischen Erfahrungen genauso einbezogen wurden wie der jeweils gegenwärtige Stand der empirischen Forschung.

Die vorliegende 7. Auflage aktualisierte den gesamten Theorieteil (»I Störungsbild«). Im zweiten Teil (»II Therapie/Praxis«) wurden einzelne Therapieübungen an aktuelle Erfahrungen und Entwicklungen angepasst. Weiterhin stellt der Anhang neue bzw. erweiterte Therapiematerialien dar. Insbesondere ist eine neue Fotoserie für das Unterprogramm »Soziale Wahrnehmung« hervorzuheben, die in Zusammenarbeit mit zwei Masterstudentinnen, Conny Steichen und Annina Reymond, entwickelt und über Masterarbeiten an der Universität Fribourg empirisch evaluiert wurde. Beiden sei an dieser Stelle für ihren großen Einsatz und das damit verbundene Engagement ganz herzlich gedankt.

Schließlich danken wir allen, die diese 7. Auflage ermöglichten: den PatientInnen und den TherapeutInnen, die uns durch ihre Therapiefortschritte und Rückmeldungen ermutigten, die vorliegende Auflage zu realisieren und uns damit in der vor mehr als 40 Jahren entstandenen Grundidee und -konzeption des vorliegenden Therapieprogramms bestätigten. Dem Beltz Verlag, insbesondere der Verlagsleiterin Psychologie, Frau Dr. Svenja Wahl und den Lektorinnen Natalie Brecht, die die Haupttätigkeit übernahm und Frau Karin Ohms, die uns bereits bei früheren Auflagen betreute, für ihre kontinuierliche Hilfsbereitschaft und Unterstützung, um diese Auflage in der vorliegenden Form zu gewährleisten.

Bern, im Oktober 2018

*Für die Autoren
Volker Roder*

I Störungsbild

- 1 Klassifikation und Diagnostik
- 2 Epidemiologie und Komorbidität
- 3 Theoretische Grundlagen kognitiv-verhaltens-therapeutischer Behandlungen
- 4 Stand der Therapieforschung

1 Klassifikation und Diagnostik

In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick zu den gängigen diagnostischen Systemen, die bei der (Differenzial-)Diagnose Anwendung finden, gegeben. Anschließend sind selektiv einige Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren sowie psychologische Tests zur Evaluation der Therapie und sozialen und Neurokognitionen dargestellt. Die für die Therapieplanung wichtige Integration dieser erhobenen Daten wird über eine Verhaltens- und Problemanalyse vorgenommen. Über diese lässt sich auch die Durchführung des IPT (z. B. Häufigkeit, Einsatz der Unterprogramme) im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes festlegen. Die Therapieplanung wird in Kapitel 8 beschrieben.

1.1 Formen der Schizophrenie

ICD-10 und DSM-5

Schizophrenie wird heute im Wesentlichen nach den Kriterien des von der Weltgesundheitsorganisation WHO definierten Klassifikationssystems »International Classification of Diseases« ICD-10 (Dilling et al., 2015, 10. überarb. Auflage) oder nach dem amerikanischen »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases« DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) diagnostiziert.

DSM-5. Mit der fünften Neuauflage des DSM zeigt sich der Unterschied zur ICD-10 und zum DSM-IV vor allem in den unterschiedlichen Subtypen der Schizophrenie, welche im DSM-5 durch einen dimensionalen Ansatz ersetzt wurden. Dabei lassen sich beispielsweise katatone Symptome als diagnoseunabhängige Merkmale (Specifier) oder als eigenständige Diagnose erfassen (Katatonie). Für die Diagnosestellung müssen im Vergleich zum DSM-IV zwei der folgenden Symptome während einer einmonatigen Zeitspanne vorliegen:

- ▶ Wahn
- ▶ Halluzinationen
- ▶ desorganisierte Sprechweise
- ▶ desorganisiertes Verhalten
- ▶ Negativsymptome

Diese Änderung bringt jedoch keine großen Auswirkungen in Bezug auf die Diagnosegebung mit sich, da die Mehrheit der Patienten mehr als zwei der genannten Symptome aufweist (Tandon et al., 2013). Weitere Ergebnisse zeigen zudem, dass 99,5 % der vor DSM-5 diagnostizierten Schizophreniepatienten mit DSM-5 die Diagnose ebenso bekamen (Mattila et al., 2014). Tabelle 1.1 stellt die Diagnosebezeichnungen der ICD-10 bzw. des DSM-5 einander gegenüber.

Tabelle 1.1 Diagnosebezeichnung ICD-10 und DSM-5 im Vergleich (übernommen von Dilling & Reinhardt, 2016)

ICD-10-Code	ICD-10-Gliederung	DSM-5-Bezeichnung
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung	Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
F20	Schizophrenie	Schizophrenie
F20.0	Paranoide Schizophrenie	
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	
F20.2	Katatone Schizophrenie	
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	
F20.4	Postschizophrene Depression	
F20.5	Schizophrenes Residuum	
F20.6	Schizophrenia simplex	
F20.8	Sonstige Schizophrenie	
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	
F21	Schizotype Störung	Schizotype Persönlichkeitsstörung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	Wahnhaftige Störung
F22.0	Wahnhaftige Störung	
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen	
F22.9	Anhaltende wahnhaftige Störung, nicht näher bezeichnet	
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	Kurze psychotische Störung
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	Schizophrenieforme Störung
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	
F23.2	Akute schizophrenieforme psychotische Störung	
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen	
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	
F24	Induzierte wahnhaftige Störung	[keine Entsprechung]
F25	Schizoaffektive Störungen	Schizoaffektive Störung

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

ICD-10-Code	ICD-10-Gliederung	DSM-5-Bezeichnung
F25.0	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch	Schizoaffective Störung, bipolarer Typ
F25.1	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	Schizoaffective Störung, depressiver Typ
F25.2	Gemischte schizoaffective Störung	
F25.8	Sonstige schizoaffective Störungen	
F25.9	Schizoaffective Störung, nicht näher bezeichnet	
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	Andere näher bezeichnete Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Nicht näher bezeichnete Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen

Insbesondere im Forschungsbereich wird auch in Europa das DSM-5 zur Diagnosestellung meist bevorzugt, nicht zuletzt um die Vergleichbarkeit der wissenschaftlichen Befunde mit Daten amerikanischer Studien zu gewährleisten.

ICD-10. Die folgende Darstellung der Störungsbilder orientiert sich hingegen an den im Kapitel F der ICD-10 festgelegten Kriterien, da dieses Klassifikationssystem in der klinischen Versorgung in Europa vorrangig verwendet wird. In allen wichtigen Diagnosesystemen – und somit auch in der ICD-10 – werden psychische Krankheitsbilder unter Rückgriff auf die Fachterminologie der Psychopathologie beschrieben. In besonderem Maße gilt dies für die Darstellung der Schizophrenien. Die Kenntnis der entsprechenden Terminologie wird an dieser Stelle vorausgesetzt.

Allgemeine Charakteristika. Zunächst beschreibt die ICD Schizophreniesymptome, die als besonders typisch und diagnostisch wegweisend für das Krankheitsbild »Schizophrenie« gelten: Positiv- und Negativsymptome. Diese sollen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden, da sie als bekannt vorausgesetzt werden.

Folgende Unterformen unterscheidet die ICD:

- ▶ **Paranoide Schizophrenie.** Paranoia leitet sich vom griechischen »*paránoia*«, was so viel heißt wie wider den Verstand. Neben anderen übergreifenden Schizophreniesymptomen stehen »Ich-Störungen« sowie wahnhafte und halluzinatorische Erlebnisveränderungen im Vordergrund. Sie können bei allen Schizophrenieformen angetroffen werden, bei der paranoiden Schizophrenie beherrschen sie jedoch das psychopathologische Bild.
- ▶ **Hebephrene Schizophrenie.** Die Hebephrenie, benannt nach der griechischen Göttin der Jugend »*Hebe*«, galt früher als Schizophrenieform, die für das Jugendalter typische Wesensmerkmale aufweist und entsprechend durch frühen Krankheits-

beginn charakterisiert sein soll. Epidemiologische Daten stützen diese traditionelle Einschätzung jedoch nicht. Danach dominieren diese Krankheitsform verschiedene Störungen des Affekts (z. B. Affektverflachung, Antriebsverlust).

- ▶ **Katatone Schizophrenie.** Die Bezeichnung Katatonie wurde vom Altgriechischen »katá« (herab, entlang) und »tónos« (Spannung, Anspannung) geprägt. Demnach ist sie durch die Dominanz eines charakteristischen Symptomkomplexes gekennzeichnet, der im Wesentlichen psychomotorische Auffälligkeiten umfasst. Nach der dimensionalen Auffassung des DSM-5 kann eine Katatonie als Zusatzdiagnose gegeben werden.
- ▶ **Undifferenzierte Schizophrenie.** Nicht immer treten im Rahmen einer Schizophrenieerkrankung jenseits der allgemeinen Schizophreniekriterien Symptomakzentuierungen in einem Umfang auf, die eine eindeutige Zuordnung zu einer der oben genannten Untergruppen zulassen. Auch sieht man Mischbilder, bei denen sich Symptome der verschiedenen Schizophrenietypen überlappen. Diagnostisch spricht man in diesen Fällen von undifferenzierten Schizophrenien.
- ▶ **Schizophrenes Residuum.** Auch wenn »negative« Symptome als allgemeine und übergreifende Symptome der Schizophrenie bereits im Vorfeld der erstmaligen Diagnosestellung auftreten können, so charakterisiert die gegenüber der »Plus-symptomatik« vorherrschende und in ihrem Ausmaß häufig gravierende »Negativsymptomatik« vor allem einen langfristig anhaltenden bzw. chronischen Verlaufsabschnitt der Erkrankung – das Schizophrene Residuum. Entwickelt sich das Bild des schizophrenen Residuums kontinuierlich über die Dauer eines Jahres ohne vorausgehende, akut-psychotische Krisen im Sinne der paranoiden, hebephrenen oder katatonen Schizophrenie, so wird dieses Krankheitsbild auch als »Schizophrenie simplex« (ICD-10: F20.6) bezeichnet.
- ▶ **Schizotype Störung.** Die »Schizotype Störung« (ICD-10: F21) und »Akute vorübergehende psychotische Störungen« (ICD-10: F23) sollen an dieser Stelle erwähnt werden, obwohl sie nicht zu den Schizophrenien zählen. Sie gelten jedoch als »Spektrumsstörungen«, als psychische Störungsbilder von Krankheitswert also, die gehäuft im Umfeld von schizophren Erkrankten auftreten. Unter den Spektrumsstörungen zeigen die hier genannten eine besonders nahe »Verwandtschaft« zu den eigentlichen Schizophrenien. Im diagnostischen Verständnis der Schizotypen Störung unterscheiden sich ICD-10 und DSM-5. Nach Maßgabe des DSM-5 zählt die Schizotypische Persönlichkeitsstörung – wie der Name schon sagt – zu den Persönlichkeitsstörungen, die ICD-10 hingegen begreift die Schizotype Störung als eigenständiges Krankheitsbild und rückt es auch »codierungstechnisch« nahe an die Schizophrenien. Diesbezüglich erwähnt DSM-5 diese Störung auch unter dem Kapitel Schizophrenie-Spektrumsstörung.
- ▶ **Akut vorübergehende psychotische Störungen:** Die Vorübergehenden akuten psychotischen Störungen erfüllen vor allem das Zeitkriterium nicht, das die ICD-10 für die Schizophreniediagnose postuliert. Die psychotischen Symptome dürfen bei dieser Diagnose nur einen Monat (bis maximal drei Monate) andauern. Das DSM-5 bezeichnet dies als Kurze psychotische Störung mit einem Anstieg der

flankierenden Symptomatik in den ersten zwei Wochen, welche mindestens einen Tag und maximal einen Monat vorhanden ist.

1.2 Differenzialdiagnosen

Wahnhafte und affektive Störungen. Psychopathologisch sind einige weitere Störungsbilder beschrieben, die von den Schizophrenien unterschieden werden müssen, ohne dass auf sie an dieser Stelle genauer eingegangen werden kann. Genannt seien die Wahnhafte Störung (ICD-10: F22), die Induzierte wahnhafte Störung (ICD-10: F24) sowie die Schizoaffective Störung (ICD-10: F25). Aber auch Affektive Störungen (ICD-10: F3) müssen ausgeschlossen werden, insbesondere manische oder depressive Syndrome mit psychotischen Symptomen.

Exogene Psychosen. Unerlässlich ist im Prozess der Schizophreniediagnostik der Ausschluss einer organischen Begründung des Krankheitsgeschehens. Unter der alten Bezeichnung »exogene Psychosen« wird eine Reihe von Krankheitsbildern beschrieben, die phänotypisch den Schizophrenien ähneln können, im Unterschied zu diesen jedoch auf umschriebene organische Ursachen wie z. B. einen entzündlichen Prozess, einen Gehirntumor oder auf eine Vergiftung zurückzuführen sind. Der rechtzeitigen Erkennung einer organischen Ursache kommt somit u. U. lebensrettende Bedeutung zu. Die ICD-10 stellt zur Beschreibung der psychischen Folgen solcher somatischer Erkrankungen u. a. folgende Diagnosen zu Verfügung: Organische Halluzinose (ICD-10: F06.0), Organische katatone Störung (ICD-10: F06.1) und Organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung (ICD-10: F06.2).

Drogeninduzierte Psychose. Erwähnt werden soll schließlich noch die Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen – Psychotische Störung (ICD-10: F1x.5), ein Syndrom, das besser unter der Bezeichnung »drogeninduzierte Psychose« bekannt ist. Nicht jedes psychotische Geschehen, in dessen Vorfeld sich Drogenkonsum nachweisen lässt, ist jedoch diesem Störungsbild zuzuordnen. Drogenkonsum jedweder Art vermag auch originär schizophrene Prozesse auszulösen. Die drogeninduzierte psychotische Störung setzt während oder unmittelbar nach dem Substanzabusus ein und bildet sich – bei Wahrung von Drogenabstinenz – in der Regel innerhalb eines Monats teilweise, innerhalb von sechs Monaten komplett zurück.

1.3 Der diagnostische Prozess

»Schizophrenie« ist eine klinische Diagnose. Sie ist zu stellen, wenn die Symptome eines längerfristigen, abnormen Geschehens den oben skizzierten Kriterien entsprechen. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die Schizophreniediagnose letztlich eine – wenn auch historisch wohlbegründete – empirisch vielfach untersuchte und weltweit weitgehend akzeptierte Konvention darstellt. Dies bedeutet auch, dass es keinen dem klinischen Eindruck entzogenen, objektiven Parameter gibt, der die Schizophreniediagnose zweifelsfrei belegt.



Schizophrenie ist weder bildgebend, labortechnisch noch testpsychologisch eindeutig zu messen.

Überprüfung der diagnostischen Kriterien. Um diagnostische Willkür zu verhindern, ist es daher umso wichtiger, zum einen die Kriterien für eine wissenschaftlich begründete Diagnose der Schizophrenie immer wieder dem aktuellen Wissensstand anzupassen (wie dies in den fortwährenden Revisionen der ICD und des DSM geschieht), zum anderen im individuellen diagnostischen Prozess diese Kriterien genau zu berücksichtigen.

Ermittlung des psychopathologischen Befunds. Wegweisend im diagnostischen Prozess ist der aktuelle psychopathologische Befund eines Patienten. Das psychopathologische Screening soll Aufschluss darüber geben, ob jene Symptombildungen vorliegen, die den Kriterien der ICD zufolge in bestimmter Konstellation vorliegen müssen, um die Schizophreniediagnose zu rechtfertigen. In die Ermittlung des psychopathologischen Befundes gehen Antworten und Beobachtungen aus der Exploration, aber auch Selbst- und Fremdbeobachtungsdaten ein. In Abschnitt 1.4 werden beispielhaft einige Verfahren dargestellt.

Kenntnis der Anamnese. Bei aller Bemühung um Objektivität bleibt festzuhalten, dass Ermessens- und Bewertungsprozesse aufseiten des beurteilenden Kliniklers im Prozess der klinischen Urteilsbildung nach wie vor eine bedeutende Rolle spielen. Der angemessenen Bewertung aktueller psychopathologischer Daten dient die möglichst genaue Kenntnis der Anamnese. Dabei kommt der bisherigen Krankheits- und Behandlungsgeschichte (vor allem in Form dokumentierter Befunde und Behandlungsberichte) als Teilaspekt der biografischen Anamnese besondere Bedeutung zu. Vor allem im Falle von Ersterkrankungen liefern Informationen zur zeitlichen Entwicklung von Symptombildung nicht selten erst die für die Diagnosestellung entscheidenden Hinweise auf die Dauer des Vorliegens eines Syndroms. Die Familienanamnese gibt gelegentlich Belastungshinweise, die, deuten sie in die diagnostisch gleichsinnige Richtung, den Beurteilungsprozess erleichtern können.

Ausschluss organischer Störungen. Die Erwägung und der Ausschluss somatisch bedingter Differenzialdiagnosen sind unabdingbarer Bestandteil des diagnostischen Prozesses. Diesem Zweck dient die organmedizinische Ausschlussdiagnostik, also der Einsatz bildgebender Verfahren, etwa zur Abklärung raumfordernder oder atrophischer Prozesse, das EEG, das Hinweise auf ein Anfallsleiden geben könnte, labortechnische Untersuchungen (Blutbild, Lumbalpunktion), beispielsweise um entzündliche oder toxikologische Prozesse nachzuweisen und – im Verdachtsfall – das Drogenscreening. In der Regel gehen zu erwägende Differenzialdiagnosen auch mit zusätzlichen, meist neurologischen Symptombildungen einher.

Einsatz psychologischer Untersuchungsverfahren. Der Objektivierung der klinisch-diagnostischen Urteilsbildung dient der Einsatz geeigneter psychologischer Untersuchungsverfahren. Im Rahmen der Schizophreniediagnostik finden vor allem Verfahren zur Feststellung des kognitiven Leistungsvermögens bzw. neuropsycho-

logischer Defizite Verwendung. Zudem erhalten Erhebungen im sozialkognitiven Bereich immer mehr Gewichtung. Diese werden im Folgenden genauer dargestellt. **Verlaufsdagnostik.** Im Behandlungsverlauf erhält der Kliniker über die Verlaufsdagnostik (Veränderungen des psychopathologischen Befundes, testpsychologische Statusuntersuchungen, Verhaltensbeobachtung) weitere Hinweise auf die Gültigkeit einer Arbeitsdiagnose. Der Verlaufsdagnostik kommt darüber hinaus Bedeutung im Prozess der Planung, Gestaltung und Beendigung therapeutischer (oder rehabilitativer) Maßnahmen zu.

1.4 Diagnostische Instrumente

Zur Bearbeitung diagnostischer Fragestellungen stehen eine ganze Reihe hilfreicher Instrumente zur Verfügung, die an dieser Stelle nicht in ihrer ganzen Breite behandelt werden können. Auf eine Auswahl besonders wichtig erscheinender Verfahren sei jedoch zumindest verwiesen.

(A) Erhebung der Psychopathologie / Symptome

Zur klassifikatorischen Diagnostik eignen sich eine Reihe mehr oder minder standardisierter Interviewverfahren. Unter ihnen erscheinen die *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Gülick-Bailer et al., 1995), die mit Unterstützung der WHO entwickelt wurden, für die Schizophreniediagnostik nach Maßgabe der ICD-10 besonders geeignet. Steht eine Diagnosekategorisierung nach DSM im Vordergrund, ist das speziell dafür entwickelte *Strukturierte Klinische Interview* (SKID) zu empfehlen. In Bezug auf die DSM-IV-Kriterien sollte das SKID-I und -II (Wittchen et al., 1997) benutzt werden, für das DSM-5 liegt das SCID-5 (First et al., 2015) bis dato nicht auf Deutsch vor. Zudem ist anzumerken, dass ein Großteil der Informationen bei Bezugspersonen und Behandelnden vorab einzuholen ist. Soll der Krankheitsbeginn eines schizophrenen Prozesses möglichst genau bestimmt werden, leistet das *Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia* (IRAOS; Häfner et al., 1999), als eigens für diesbezügliche Fragestellungen entwickeltes Interviewverfahren, wertvolle Dienste. Tabelle 1.2 zeigt eine Auswahl von Tests zur Symptomerhebung.

Tabelle 1.2 Verfahren zur Fremd- und Selbstbeurteilung (Auswahl deutschsprachiger Interviews und Fragebogen)

	Name (Autoren)	Bereiche
Fremdbeurteilungsverfahren		
AMDP-System	(Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 10. Aufl.: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 2018)	psychopathologische und somatische Symptome, Anamnesedaten
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale in schizophrenia (Kay, 1989)	Positiv-, Negativ- und generelle Symptome
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale (CIPS, 2005)	Angst/Depression, Anergie (Energierlosigkeit), Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit / Misstrauen
SANS	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen, 1984)	affektive Verflachung / Abstumpfung, Alogie (Spracharmut / Antwortlatenz), Apathie / Willensschwäche, Anhedonie / Ungeselligkeit, Aufmerksamkeit
SAPS	Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Andreasen, 1984)	Halluzinationen, Wahn, bizarres Verhalten, formale Denkstörung
BSAPS	Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (Gross et al., 1987)	direkte und indirekte Negativsymptome, kognitive Symptome, zönästhetische Beschwerden
BPS	Berner Psychopathologie Skala (Strik et al., 2010)	Sprache, Affekte, Motorik
Selbstbeurteilungsverfahren		
FBF	Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (Süllwold, 1991)	10 Skalen: Verlust der Kontrolle, Wahrnehmung (einfach, sensorisch), Wahrnehmung (komplex, organisiert), Sprache (expressiv und rezeptiv), Denken, Gedächtnis, Motorik, Automatismus, Anhedonie und Angst, Reizüberflutung
ESI	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (Maß, 2001)	4 Skalen: Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigungen, Akustische Unsicherheit, Beziehungsideen, Wahrnehmungsabweichungen; Cut-Off-Scores und Offenheits-Skala (Kontrollskala zur Validität der Aussagen)

Fremdbeurteilungsverfahren

Im klinischen Alltag gilt das AMDP-System aufgrund seines Glossars und seiner Befragungshilfen nach wie vor als nahezu unerlässliches Hilfsmittel zur Exploration des psychopathologischen Befundes. Bei Forschungsfragen wird die BPRS zur quantitativen Bestimmung psychopathologischer Merkmale unterschiedlichster Störungsbilder seit Langem breit eingesetzt. PANSS, SANS und SAPS dienen der psychometrischen Erfassung speziell schizophrener Symptome (Positiv- und Negativsymptomatik) und stellen

damit für den Bereich der Schizophrenieforschung bedeutsame Instrumente dar. Die Verwendung dieser Verfahren ergibt jedoch nur Sinn, wenn die Anwender vorab ein Interratertraining absolviert und eine Interraterreliabilität (Übereinstimmung mit einem Experten) von 80% erreicht haben (Koback et al., 2007). PANSS, BPRS, SANS, SAPS und BPS sind Fremdbeurteilungsverfahren zur Symptomerhebung, die keine Cut-off Werte beinhalten, die eine Diagnose rechtfertigen würden. Durch den begrenzten Zeitraum der Beurteilung lässt sich mit diesen Verfahren auch der Krankheitsverlauf abbilden. Dabei stellt sich oft die Frage, ab wann und in welchen Bereichen die gemessene Symptomatik als remittiert einzustufen ist. Expertengruppen fanden diesbezüglich international anerkannten Konsens »leichte Symptomausprägungen« in bestimmten Symptombereichen als remittiert sowie »mäßige bis extreme Symptomausprägung« als nicht remittiert zu definieren (z. B. Wert ≤ 3 bei ausgewählten Symptomausprägungen bei PANSS und BPRS; Andreasen et al., 2006; Müller et al., 2017b). Die BSABS eignet sich zur Untersuchung auf diskrete Prodromalsymptome (»Basissymptome« nach Huber, 1983), wie sie sich im zeitlichen Umfeld schizophrener Erkrankungen häufig finden. Entsprechend wird sie auch zu präventiven Zwecken viel verwendet. Zuletzt ist die BPS zu erwähnen, welche nicht der Diagnosestellung dient, sondern primär für Forschungszwecke entwickelt wurde. Sie berücksichtigt objektive und subjektive Veränderungen komplexer Funktionen der Informationsverarbeitung, deren anatomische Substrate bekannt sind, nämlich der Sprachverarbeitung, der Psychomotorik und der Emotionsregulation.

Selbstbeurteilungsverfahren

Der FBF erfragt die subjektive Seite jener Erlebnisweisen, die mithilfe der oben erwähnten BSABS objektiviert werden sollen (»Basisstörungen« nach Süllwold, 1991). Eigentlich als Fragebogen konzipiert, erbringt er klinischen Erfahrungswerten zufolge, als Interviewleitfaden verwendet, vor allem therapeutisch wertvolle Zusatzinformationen. Der FBF kann somit auch als Fremdbeurteilung eingesetzt werden. Dem FBF vergleichbar erfragt das ESI das subjektive Erleben schizophrenienaher Grundstörungen, es lässt darüber hinaus den Vergleich der gewonnenen Werte mit verschiedenen relevanten Normierungspopulationen zu. Zudem erhebt es zeitökonomisch über eine Offenheitsskala die Zuverlässigkeit der Selbstbeurteilung durch den Patienten selbst.

Im anglophonen Sprachraum liegen zusätzlich verschiedene standardisierte Erhebungsinstrumente zur Selbst- oder Fremdbeurteilung vor. Zu einigen dieser Instrumente gibt es inzwischen deutsche Übersetzungen. Einen Überblick englischsprachiger Verfahren vermittelt der Übersichtsartikel von Yager und Ehmann (2006).

Es ist von Vorteil, erhobene Selbstbeurteilungen nach Möglichkeit mit Fremdbeurteilungserhebungen abzusichern und umgekehrt. Damit bietet sich die Gelegenheit, vorliegende Diskrepanzen zwischen selbst und fremdwahrgenommenen Defiziten und Ressourcen zu erkennen.

(B) Psychologische Leistungstests zum neuro- und sozialkognitiven Bereich

Psychologische Leistungstests werden in der Schizophreniediagnostik vor allem zur Bestimmung von Art und Umfang neuro- und sozialkognitiver Beeinträchtigungen

genutzt. Sie sind in Forschung und klinischer Praxis unentbehrlich. Sie ermöglichen die Erstellung individueller Störungsprofile, dienen der Klärung der Indikation kognitiver Therapiemaßnahmen und eignen sich zur Effizienzkontrolle.

Standardtests der MATRICS-Initiative. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Fülle und Unüberschaubarkeit verschiedener testpsychologischer Diagnostika, insbesondere im anglophonen Sprachraum, entstand in den USA die konsensorientierte MATRICS-Initiative (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) des NIMH (Green & Nuechterlein, 2004; s. auch ausführlich hierzu Kap. 3). Mit dem Ziel, schizophrenierelevante neurokognitive und sozialkognitive Funktionsbereiche zu definieren und einen wissenschaftlichen Konsens zu erreichen, wurde eine Standardtestbatterie entwickelt: Die *MATRICES Cognitive Consensus Battery* (MCCB; Green et al., 2004; Nuechterlein et al., 2008). Die darin aufgelisteten psychologischen Tests sind teilweise computergestützt und können auf der Website der MATRICS-Initiative eingesehen werden (<http://www.matricinc.org/mccbtestlist/> [Stand Januar 2018]). Die MCCB ist auf Deutsch und in 23 weiteren Sprachen erhältlich.

In der MCCB gibt es bislang nur einen Test zu sozialen Kognitionen. Dies ist der Untertest Emotionsregulation des MSCEIT (*Mayer-Salovey-Caruso zur Emotionalen Intelligenz*). Der MCEIT zeichnet sich durch seine psychometrische Qualität aus; dennoch deckt er die Erhebung sozialer Kognitionen bei schizophren Erkrankten nicht hinreichend ab (Salovey et al., 2003). Deshalb bedarf es weiterer Tests, um den Bereich der sozialen Kognitionen vollständiger zu erfassen (Sergi et al., 2006; Eack et al., 2010). Tabelle 1.3 erlaubt einen Überblick der MATRICS-Bereiche / Konstrukte mit den jeweiligen Tests.

Tabelle 1.3 MCCB-Testbatterie (Nuechterlein et al., 2008)

	Name: Untertest (Autoren)	Bereiche
BACS SC	Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: Symbol Coding (Keefe, 1999)	Schnelligkeit der Informationsverarbeitung
Fluency	Category Fluency: Animal Naming (Spreen & Strauss, 1998)	Schnelligkeit der Informationsverarbeitung
TMT-A	Trail Making Test: Part A (Reitan, 1958)	Schnelligkeit der Informationsverarbeitung
CPT-IP	Continuous Performance Test-Identical Pairs (Cornblatt et al., 1988)	Aufmerksamkeit/Vigilanz
WMS-III SS	Wechsler Memory Scale-Third Edition: Spatial Span (Wechsler, 1987)	Nonverbales Arbeitsgedächtnis
LNS	Letter-Number Span (Gold et al., 1997)	Verbales Arbeitsgedächtnis
HVLT-R	Hopkins Verbal Learning Test-Revised (Brandt & Benedict, 2001)	Verbales Lernen
BVMT-R	Brief Visuospatial Memory Test-Revised (Benedict, 1997)	Visuelles Lernen

Tabelle 1.3 (Fortsetzung)

	Name: Untertest (Autoren)	Bereiche
NAB Mz	Neuropsychological Assessment Battery: Mazes (White & Stern, 2003)	Denken und Problemlösen
MSCEIT	Mayo-Salovey-Caruso zur Emotionalen Intelligenz: Emotionsregulation (Salovey et al., 2003)	Soziale Kognitionen

Neurokognitive Tests

Neben den psychometrisch zu empfehlenden Verfahren der MATRICS-Initiative bewähren sich im deutschen Sprachraum eine Vielzahl weiterer neurokognitiver Tests im klinischen Gebrauch. Im Folgenden werden einige Tests beispielhaft dargestellt (s. Tab. 1.4).

Tabelle 1.4 Weitere Verfahren zu Neurokognitionen

	Name (Autoren)	Bereiche
ZVT	Zahlenverbindungs-Test (Oswald & Roth, 1997)	Schnelligkeit der Informationsverarbeitung
KVT	Konzentrations-Verlaufs-Test (Abels, 1974)	Daueraufmerksamkeit
d2	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1975; 2002)	Daueraufmerksamkeit, Vigilanz und Impulsivität, Aufmerksamkeitsfehler
VEG	Verbalgedächtnis (Hänsgen & Rosefeldt, 1989)	verbale Merkfähigkeit
WCST	Wisconsin Card Sorting Test (Heaton, 1981)	Flexibilität des Denkens, Abstraktionsvermögen, Perseveration, Konzeptbildung
TVA	Turm von Hanoi Test (Loong, 1988)	komplexe Gedankenprozesse, abstraktes Problemlösen, prozedurales Lernen
CPT	Continuous Performance Task (Cornblatt et al., 1988)	Daueraufmerksamkeit und Vigilanz

Der rasch zu bearbeitende ZVT liefert ein Maß für die sensomotorische Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Der KVT nimmt als Verfahren zur Messung der Daueraufmerksamkeit etwas mehr Zeit in Anspruch. Der d2 erfasst die Diskriminationsfähigkeit unter Belastung und die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, wobei Letzterem in der Standardisierung der Rohwerte mehr Gewicht zugewiesen wird. Der VEG ist ein Verfahren zur Untersuchung sprachgebundener Gedächtnisprozesse. Er liefert überdies ein Maß für die Interferenzanfälligkeit des Sprachgedächtnisses. Mit dem WCST können besonders abstrakte Denkfähigkeit, Konzeptbildung und kognitive Flexibilität überprüft werden. Weiterhin kann bei Verwendung der dynamischen Version die Lernfähigkeit getestet werden. Der TVA erfasst die Planungs- und Problemlösefähigkeit, die bei schizophrenen Patienten, aber auch bei Patienten

mit einer Frontalhirnschädigung beeinträchtigt sein kann. Mit dem CPT schließlich sollen Aufmerksamkeit und Vigilanz erfasst werden.

Sozialkognitive Tests

Sozialkognitive Verfahren sind bisher wenig erforscht und stellen noch immer eine Herausforderung in Bezug auf die Operationalisierung dar. Dieser Bereich erhielt in den letzten Jahren vermehrtes Interesse, da er als Mediator zwischen neurokognitiven Defiziten und dem sozialen Funktionsniveau zu wirken scheint (Schmidt et al., 2011b; Müller & Roder, 2017a). Im Folgenden werden einige Tests beispielhaft dargestellt (s. Tab. 1.5).

Tabelle 1.5 Weitere deutschsprachige Verfahren zu sozialen Kognitionen

	Name (Autoren)	Bereiche
PFA	Pictures of Facial Affect Set (Wölwer et al., 1996; Ekman & Friesen, 1976)	Emotionswahrnehmung
SCST-R	Schema Component Sequencing Task Revised (Vauth et al., 2004; Corrigan & Addis, 1995)	Soziale Schemata/Soziales Wissen
AIHQ	Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (Laechler et al., 2007; Combs et al., 2007)	Attributionsstil
Eyes	Augen-Theory-of-Mind Test (Baron-Cohen et al., 2001)	Theory of Mind

Der PFA dient zur Erfassung der Emotionswahrnehmung («affect recognition»). Patienten schätzen bildlich dargestellte Gesichter ein, die jeweils eine Grundemotion repräsentieren. Der SCST-R erfasst soziale Schemata oder Skripts mittels Ordnen der einzelnen Schritte von Handlungsabfolgen in sozialen Situationen. Der AIHQ misst über das Einschätzen der Absichten anderer in vorgegebenen Situationen soziale Attributionen und schlussfolgerndes Denken. Durch das Einschätzen auch von mehrdeutigen Situationen mit teilweise offenen Fragen ist das Anspruchsniveau des AIHQ höher als in den anderen sozialkognitiven Verfahren. Eyes wird im nächsten Absatz kurz beschrieben.

SCOPE

Um eine standardisierte und zielgerichtete Forschung zu stimulieren, initiierte das NIMH das Projekt SCOPE (*The Social Cognition Psychometric Evaluation*; Pinkham et al., 2014, 2016). Es wurden diverse Tests zur Messung sozialer Kognitionen auf ihre Wirksamkeit bei psychotischen Erkrankten untersucht. Dabei zeigen zur Messung der Theory of Mind (ToM, Perspektivenübernahme) die *Hinting Task* und zur Messung der Emotionsverarbeitung die BLERT (*Bell Lysaker Emotion Recognition Task*; Bell et al., 1997) wie auch der ER-40 (*Penn Emotion Recognition Test*; Kohler et al., 2003) die besten Testgütekriterien und werden für den Praxisgebrauch empfohlen (Pinkham et al., 2017). Bei der *Hinting Task* leiten die Probanden aufgrund von zehn Kurzgeschichten die Absichten des Protagonisten ab. Die BLERT vereint 21 Fallvignetten

mit nonverbalem und auditivem Stimulusmaterial, u. a. auch Gesichtererkennung. Der ER-40 misst Emotionserkennung anhand unterschiedlicher Gesichter. Für Patienten in einer ersten psychotischen Periode ist lediglich die *Hinting Task* indiziert (Corcoran et al., 1995; Ludwig et al., 2017). Drei weitere Tests, *Eyes*, TASIT (*The Awareness of Social Inference Test*; McDonald et al., 2003) und IBT (*Intentionality Bias Task*; Rosset, 2008) zeigen gute psychometrische Qualität. *Eyes* erhebt ToM aufgrund des Augenausdrucks. TASIT bezieht sich auf die komplexeren Wahrnehmungsprozesse und vereint videogestützte Verfahren zur Emotionserkennung und ToM. Die IBT erfordert Attributionsvorgänge aufgrund vorgegebener Sätze. Derzeit werden die Instrumente im Projekt SCOPE noch weiter evaluiert und ausdifferenziert, sodass eine abschließende Beurteilung für die Praxis noch nicht möglich ist. Auch liegt bis jetzt keine deutsche Übersetzung vor.

(C) Psychologische Tests zur Erhebung des sozialen Funktionsniveaus

Auch in Bezug auf die Erhebung des Funktionsniveaus steht die Forschung vor der Problematik operationalisierte und psychometrisch validierte Verfahren zu erstellen, die zudem auf das Krankheitsbild zugeschnitten und veränderungssensitiv sind (Brissos et al., 2011; Leifker et al., 2011). Einige Erhebungsverfahren sind beispielhaft in Tabelle 1.6 zusammengefasst.

Tabelle 1.6 Auswahl von Erhebungsverfahren zum allgemeinen Funktionsniveau

	Name (Autoren)	Bereiche
GAF	Skala zur Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Saß et al., 2003)	10 Funktionsniveaus (Kontinuum)
SOFAS	Skala zur Erfassung des Sozialen und Beruflichen Funktionsniveau (Saß et al., 2003)	10 Funktionsniveaus (Kontinuum)
GARF	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (Saß et al., 2003)	Problemlösen, Organisation, emotionales Klima; Gesamtwert: 0–100% (Kontinuum)
WHODAS 2.0	WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (Üstün et al., 2010)	Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, Soziale Interaktion, Lebensaktivität, gesellschaftliche Teilnahme
BIFCA (ursprüngl. MFAB)(MATRICS)	Brief International Functional Capacity Assessment (Velligan et al., 2014)	Verständnis und Planung, Haushalt, Arbeit und Produktivität
UPSA	Performance-Based Skills Assessment (Patterson et al., 2001)	Haushalt, Kommunikation, Finanzen, Freizeitplanung, Fortbewegung. Globaler Wert

Die GAF basiert auf DSM-IV und gibt das Funktionsniveau auf einem Kontinuum von 0–100 (1 = niedrigstes, 100 = höchstes) Punkten an. Für einen erweiterten Fokus

können die SOFAS und die GARF hinzugezogen werden; SOFAS bezieht soziales und arbeitsbezogenes Funktionieren ein und GARF evaluiert interpersonelle Beziehungen. Im DSM-5 wurde die WHODAS 2.0 indiziert, welche den globalen Gesundheitszustand erhebt und durch Fremd- oder Selbstbeurteilung erfolgen kann.

Weiterhin werden kurz zwei Tests aufgelistet, welche in zahlreichen Studien verwendet werden. Die BIFCA stellt einen Versuch der MATRICS-Initiative dar, psychometrisch validierte Testverfahren in der Schizophrenieforschung zu etablieren. Die BIFCA beinhaltet alltagsrelevante Simulationen zur Erfassung des Funktionsniveaus und ist auf der Internetseite von MATRICS auf Deutsch erhältlich. Die UPSA aus dem amerikanischen Sprachraum der University of California spiegelt die Bemühungen der letzten Jahre wider, Testverfahren zu erstellen, die sich am direkt beobachtbaren Verhalten orientieren. Sie umfasst Testverfahren zur Erhebung der Funktionsfähigkeit mittels Rollenspielen in unterschiedlichen alltagsrelevanten Bereichen.

Weitere Informationen unter: <http://www.neurocogtrials.com/resources-and-tools/upsa/> [Stand April 2018].

2 Epidemiologie und Komorbidität

Die Forschung zu Verbreitung und Verlauf von Schizophrenieerkrankungen gilt als eines der Hauptgebiete der psychiatrischen Epidemiologie des letzten Jahrhunderts (Häfner, 2000a). Obschon methodische und diagnostische Schwierigkeiten weiterhin bestehen (z. B. fehlende Validität des Schizophreniekonstrukts), ergeben neuere epidemiologische Studien eine relativ einheitliche Ergebnislage. Das folgende Kapitel bietet einen Überblick zur Epidemiologie und zu möglichen differenziellen Ausprägungen, als auch zu komorbiden Störungen, die mit dieser Erkrankung einhergehen können.

2.1 Verbreitung

Bis zu 1% Betroffene. Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) von Menschen mit schizophrenen Psychosen liegt zwischen 0,5 und 1%. Die Lebenszeitprävalenz wird relativ konstant mit 1% bis zum Alter von 60 Jahren angegeben (vgl. hierzu z. B. Häfner, 2000b; Jablensky, 2000). Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016, in Charlson et al., in Press) leiden damit aktuell weltweit mehr als 21 Millionen Menschen an einer Schizophrenieerkrankung. Schizophrenie rangiert somit neben Depression, Alkoholismus und Epilepsie unter den häufigsten Ursachen für Funktionseinschränkungen im Lebenszyklus (Mathers et al., 2004). Die stärksten Behinderungen sind bei Akuter Schizophrenie und Multipler Sklerose zu verzeichnen (Salomon et al., 2012). Laut einer amerikanischen statistischen Hochrechnung, die direkte und indirekte Kosten der Schizophreniebehandlung in den USA einbezog, ergibt sich eine finanzielle Belastung von ca. 155 Milliarden US-Dollar für das Jahr 2013 (Cloutier et al., 2016).

Neuerkrankungen. Die Häufigkeit von Neuerkrankungen pro Jahr (Jahresinzidenz) liegt aufgrund der Ergebnisse größerer epidemiologischer Studien, wie z. B. der WHO Determinants of Outcome-Studie (Sartorius et al., 1986; Jablensky et al., 1992) oder der deutschen ABC-Schizophreniestudie (Häfner et al., 1993) zwischen 1 und 4 pro 10 000 Einwohner, also bei etwa 0,05%. Neuere Ergebnisse zeigen leicht erhöhte Zahlen: Jongasma et al. (2018) berichten von 21,4 Betroffenen pro 100 000 Einwohner. Die Frage nach der Veränderung der Inzidenz über die letzten Jahrzehnte wird kontrovers diskutiert. Obwohl einige Studien Hinweise auf eine Abnahme des Auftretens von Schizophrenie geben, kommt Häfner (2000b) zu dem Schluss, dass sich unter Berücksichtigung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung die Inzidenzraten in jüngster Zeit nicht wesentlich verändert haben.

Verbreitung und sozioökonomischer Status. Entgegen der ursprünglichen Ansicht, dass die Inzidenzrate der Schizophrenie weltweit nicht unterschiedlich ist, zeigen neuere

Forschungsergebnisse höhere Raten in Migrationspopulationen oder städtischen Gebieten (Jongsma et al., 2018; McGrath, 2006). Demnach scheint es gewisse kulturelle Nuancierungen bezüglich der Symptome, des Verlaufs und des Outcomes zu geben (s. Kap. 3; Myers, 2011).

Ersterkrankungen meist früh. Wie anhand einer Stichprobe der ABC-Schizophreniestudie (an der Heiden & Häfner, 2000) gezeigt wurde, erfolgt in den meisten Fällen der Krankheitsausbruch in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter (in 77% der Fälle vor dem 30., in 41% vor dem 20. Lebensjahr), also während eines Lebensabschnitts, in dem bedeutsame Aspekte von sozialer Integration und beruflicher Entwicklung vollzogen werden. Dementsprechend hängt das Erkrankungsalter mit schlechteren Prognosen bezüglich des Langzeitverlaufs und stärkeren Beeinträchtigungen der sozialer Kompetenzen zusammen (Ochoa et al., 2006).

Geschlechtsunterschiede. Die Inzidenzrate nimmt insgesamt nach dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ab. Hingegen zeigt sich hier ein geschlechtsspezifischer Unterschied mit einer höchsten Erkrankungshäufigkeit bei Männern zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr und einer Häufigkeitsspitze bei Frauen zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr. Spätschizophrenien sind bei Frauen zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr häufiger (Eranti et al., 2013; Häfner, 2015). Die Häufigkeit der Ersterkrankungen und die Schwere der Symptomatik bei Männern nehmen kontinuierlich ab (Häfner, 2015). Bei Frauen zeigt sich in der Menopause ein zweiter Häufigkeitsanstieg. Diese Differenzen sind nicht kulturabhängig und lassen sich in diversen ethnischen Gruppen finden. Es zeigt sich jedoch klar, dass Männer und Frauen nicht gleichhäufig von der Schizophrenie betroffen sind. Gemäß den Erhebungen der WHO sind gesamthaft 12 Millionen Männer und 9 Millionen Frauen erkrankt (WHO, 2016). McGrath (2009) erwähnt eine »Male to Female Rate Ratio« von 1,4:1; somit kommen auf drei betroffene Männer zwei betroffene Frauen. Im Verlauf der Erkrankung weisen Frauen im Vergleich zu Männern vermehrt depressive und weniger negative Symptome auf (Abel et al., 2010).

2.2 Verlauf

Prodromalphase. Nach Häfner (2015) geht der ersten psychotischen Episode bei 75% der Ersterkrankungen eine Prodromalphase von durchschnittlich fünf Jahren voraus. Diese Phase ist vorwiegend gekennzeichnet durch depressive und negative Symptome, zunehmenden sozialen Rückzug, Interessenverlust, emotionale Empfindsamkeit, Anspanntheit und seltsame Verhaltensweisen bis hin zu streitsüchtigem, oppositionellem Verhalten. Vom ersten Auftreten positiver Symptome bis zum Höhepunkt der ersten Episode vergeht schließlich etwa ein Jahr (Tandon et al., 2009).

Hochrisikopatienten (Ultra-High Risk, UHR). Die Früherkennung von Psychosen wird für Kliniker, aber auch aus ökonomischer Sicht immer wichtiger, da sich frühzeitige professionelle Hilfs- und Therapieangebote (psychologische und/oder medikamentöse) günstig auf den Verlauf auswirken dürften (Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter