

### **Was ist eine Psychose? – Definition –**

„Unter „Psychosen“ wird eine Vielzahl psychiatrischer Krankheitsbilder verstanden. Einigkeit besteht zunehmend darüber, dass primär affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung) hier nicht subsumiert werden, obwohl psychotische Symptome (Schuld-, Verarmungs- und hypochondrischer Wahn; Größenwahn) vorkommen können. Es verbleiben also Schizophrenien, schizoaffektive Störungen, vorübergehende psycho-tische Störungen, wahnhaftige Störungen und organisch begründbare Störungen einschließlich der substanzinduzierten Störungen mit entsprechenden Symptomen. Auf die Kategorie der organisch begründbaren Störungen bezieht sich die Zusatzdiagnostik, die vor allem Ausschlussdiagnostik ist. Im Folgenden sollen unter Psychosen die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis verstanden werden.“<sup>1</sup>

### **Ätiologie**

„Psychosen liegt eine multifaktorielle Genese zugrunde. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin und Spring 1977, Nuechterlein 1987) stellt derzeit das am besten geeignete Konzept zum Verständnis psychotischer Erkrankungen dar. In diesem Modell lassen sich genetische und früh erworbene Dispositionen ebenso wie psychosoziale Faktoren sub-summieren, die insgesamt eine erhöhte Vulnerabilität konstituieren und unter dem Einfluss unspezifischer Stressoren und/oder auslösender Lebensereignisse zur Ausprägung psychotischer Symptome führen.

Die Heredität wurde insbesondere durch die Zwillingsforschung belegt, die zeigen konnte, dass dizygote Zwillinge eine Konkordanzrate von 6 bis 28 % und monozygote Zwillinge eine Konkordanzrate von 31 bis 78 % haben (Tölle 1999). Weitere biologische Risikofaktoren stellen toxische und infektiöse Einflüsse während des zweiten Schwangerschaftstrimenons sowie peri- und postnatale Traumen und frühkindliche Infektionen des ZNS dar.“ Neurobiologische Parameter sind verändert wie zum Beispiel Gehirnstrukturen oder Neurotransmitter „(...) sowie neuroendokrinologische und neuroimmunologische Faktoren (Kaplan und Sadock 1997, Ebert 1999). Hinsichtlich der letztgenannten Parameter ist unklar, ob sie Ursache oder Folge der Erkrankung sind. Es wird aber angenommen, dass sie mit psychosozialen Faktoren interagieren – nämlich mit traumatischen Erlebnissen, familiären Kommunikationsmustern, familiärer Instabilität z.B. bei psychischer Erkrankung eines Elternteils.

Darüber hinaus konnte die expressed emotion (EE)-Forschung belegen, dass emotionale Überbeteiligung und kritische Haltung auf Seiten der Angehörigen zu einem erhöhten Rückfallrisiko führen, insbesondere wenn PatientInnen mit diesen Angehörigen zusammenleben (Kavanagh 1992). Eine erhöhte Rezidivneigung besteht ebenfalls bei psychosozialer Überstimulation; andererseits erhöht Unterstimulation die Gefahr der Entstehung von Residualsyndromen.“<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Psychoth. Im Dialog, Nr. 3, 09/2002, Thieme-Verlag, S. Bachmann und C. Mundt, S. 214

<sup>2</sup> Psychoth. Im Dialog, Nr. 3, 09/2002, Thieme-Verlag, S. Bachmann und C. Mundt, S. 215 - 216

## **Diagnosekriterien der Schizophrenie nach ICD10 (ein Auszug!)**

### **Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**

In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffektive Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt.

### **F20 Schizophrenie**

Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.

Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen. Ebenso wenig ist eine Schizophrenie bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzugssyndroms zu diagnostizieren. Ähnliche Störungen bei Epilepsie oder anderen Hirnerkrankungen sollen unter F06.2 kodiert werden, die durch psychotrope Substanzen bedingten psychotischen Störungen unter F10-F19, vierte Stelle .5.

### **F20.0 Paranoide Schizophrenie**

Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.

### **F20.1 Hebephrene Schizophrenie**

Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Wegen der schnellen

Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust, ist die Prognose zumeist schlecht. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen diagnostiziert werden.

### **F20.2 Katatone Schizophrenie**

Die katatone Schizophrenie ist gekennzeichnet von den im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit einem traumähnlichen (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden sein.

### **F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie**

Diese Kategorie soll für psychotische Zustandsbilder verwendet werden, welche die allgemeinen diagnostischen Kriterien der Schizophrenie (F20) erfüllen, ohne einer der Unterformen von F20.0-F20.2 zu entsprechen, oder die Merkmale von mehr als einer aufweisen ohne dass bestimmte diagnostische Charakteristika eindeutig überwiegen.

### **F20.4 Postschizophrene Depression**

Eine unter Umständen länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt. Einige "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.

Wenn der Patient keine schizophrenen Symptome mehr aufweist, sollte eine depressive Episode diagnostiziert werden (F32.-). Wenn floride schizophrene Symptome noch im Vordergrund stehen, sollte die entsprechende schizophrene Unterform (F20.0-F20.3) diagnostiziert werden.

### **F20.5 Schizophreses Residuum**

Ein chronisches Stadium in der Entwicklung einer schizophrenen Krankheit, bei welchem eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde, jedoch nicht unbedingt irreversible "negative" Symptome charakterisiert ist. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativmangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.

### **F20.6 Schizophrenia simplex**

Eine Störung mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, mit einer

Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die charakteristische Negativsymptomatik des schizophrenen Residuums (Affektverflachung und Antriebsminderung) entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome.

### **F20.8 Sonstige Schizophrenie**

### **F20.9 Schizophrenie, nicht näher bezeichnet**

© André Sorge, Marburg

### **F21 Schizotype Störung**

Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Es kommen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung. Es läßt sich kein klarer Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung.

### **F22 Anhaltende wahnhafte Störungen**

Diese Gruppe enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein langandauernder Wahn das einzige oder das am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum darstellt, und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können. Wahnhafte Störungen, die nur wenige Monate andauern haben, sollten wenigstens vorläufig unter F23.- kodiert werden.

### **F22.0 Wahnhafte Störung**

Eine Störung charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im allgemeinen lange, manchmal lebenslang, andauern. Der Inhalt des Wahns oder des Wahnsystems ist sehr unterschiedlich. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen), schizophrene Symptome wie Kontrollwahn oder Affektverflachung und eine eindeutige Gehirnerkrankung sind nicht mit der Diagnose vereinbar. Gelegentliche oder vorübergehende akustische Halluzinationen schließen besonders bei älteren Patienten die Diagnose jedoch nicht aus, solange diese Symptome nicht typisch schizophren erscheinen und nur einen kleinen Teil des klinischen Bildes ausmachen.

### **F22.8 Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen**

Hierbei handelt es sich um Störungen, bei denen ein Wahn oder Wahnsysteme von anhaltenden Stimmen oder von schizophrenen Symptomen begleitet werden, die aber nicht die Diagnose Schizophrenie (F20.-) erfüllen.

### **F22.9 Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet**

## **F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen**

Eine heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und anderen Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert sind. Der akute Beginn wird als Crescendo-Entwicklung eines eindeutig abnormen klinischen Bildes innerhalb von 2 Wochen oder weniger definiert. Bei diesen Störungen gibt es keine Hinweise für eine organische Verursachung. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor, die zeitliche, örtliche und personale Desorientiertheit ist jedoch nicht andauernd oder schwer genug, um die Kriterien für ein organisch verursachtes Delir (F05.-) zu erfüllen.

© André Sorge, Marburg

Eine vollständige Besserung erfolgt in der Regel innerhalb weniger Monate, oft bereits nach wenigen Wochen oder nur Tagen. Wenn die Störung weiterbesteht, wird eine Änderung der Kodierung notwendig. Die Störung kann im Zusammenhang mit einer akuten Belastung stehen, definiert als belastendes Ereignis ein oder zwei Wochen vor Beginn der Störung.

### **F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie**

Eine akute psychotische Störung, bei der Halluzinationen, Wahnphänomene und Wahrnehmungsstörungen vorhanden, aber sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde zu wechseln. Häufig findet sich auch emotionales Aufgewühltsein mit intensiven vorübergehenden Glücksgefühlen und Ekstase oder Angst und Reizbarkeit. Die Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit sind für das gesamte klinische Bild charakteristisch; die psychotischen Merkmale erfüllen nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-). Diese Störungen beginnen abrupt, entwickeln sich rasch innerhalb weniger Tage und zeigen häufig eine schnelle und anhaltende Rückbildung der Symptome ohne Rückfall. Wenn die Symptome andauern, sollte die Diagnose in anhaltende wahnhaftige Störung (F22.-) geändert werden.

### **F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie**

Eine akute psychotische Störung mit vielgestaltigem und unbeständigem klinischem Bild, wie unter F23.0 beschrieben; trotz dieser Unbeständigkeit aber sind in der überwiegenden Zeit auch einige für die Schizophrenie typische Symptome vorhanden. Wenn die schizophrenen Symptome andauern, ist die Diagnose in Schizophrenie (F20.-) zu ändern.

### **F23.2 Akute schizophreniforme psychotische Störung**

Eine akute psychotische Störung, bei der die psychotischen Symptome vergleichsweise stabil sind und die Kriterien für Schizophrenie (F20.-) erfüllen, aber weniger als einen Monat bestanden haben. Die polymorphen, unbeständigen Merkmale, die unter F23.0 beschrieben wurden, fehlen. Wenn die schizophrenen Symptome andauern, ist die Diagnose in Schizophrenie (F20.-) zu ändern.

### **F23.3 Sonstige akute vorwiegend wahnhaft psychotische Störungen**

Es handelt sich um eine akute psychotische Störung, bei der verhältnismäßig stabile Wahnphänomene oder Halluzinationen die hauptsächlichen klinischen Merkmale darstellen, aber nicht die Kriterien für eine Schizophrenie erfüllen (F20.-). Wenn die Wahnphänomene andauern, ist die Diagnose in anhaltende wahnhaft psychotische Störung (F22.-) zu ändern.

### **F23.8 Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen**

Hier sollen alle anderen nicht näher bezeichneten akuten psychotischen Störungen, ohne Anhalt für eine organische Ursache, klassifiziert werden und die nicht die Kriterien für F23.0-F23.3 erfüllen.

### **F23.9 Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet**

© André Sorge, Marburg

### **F24 Induzierte wahnhaft psychotische Störung**

Es handelt sich um eine wahnhaft psychotische Störung, die von zwei Personen mit einer engen emotionalen Bindung geteilt wird. Nur eine von beiden leidet unter einer echten psychotischen Störung; die Wahnvorstellungen bei der anderen Person sind induziert und werden bei der Trennung des Paares meist aufgegeben.

- Folie à deux

### **F25 Schizoaffective Störungen**

Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen. Andere Zustandsbilder, bei denen affektive Symptome eine vorher bestehende Schizophrenie überlagern, oder bei denen sie mit anderen anhaltenden Wahnkrankheiten gemeinsam auftreten oder alternieren, sind unter F20-F29 zu kodieren. Parathyme psychotische Symptome bei affektiven Störungen rechtfertigen die Diagnose einer schizoaffectiven Störung nicht.

#### **F25.0 Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch**

Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch manische Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer manischen Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizomanisch ist.

#### **F25.1 Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv**

Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch depressive Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer depressiven Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für

rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizodepressiv ist.

### **F25.2 Gemischte schizoaffektive Störung**

### **F25.8 Sonstige schizoaffektive Störungen**

### **F25.9 Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet**

### **F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen**

Hier sind wahnhaft oder halluzinatorische Störungen zu kodieren, die nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-), für anhaltende wahnhaft Störungen (F22.-), für akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-), für psychotische Formen der manischen Episode (F30.2) oder für eine schwere depressive Episode (F32.3) erfüllen.

### **F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose**

© André Sorge, Marburg

## **Interessante Links zum Thema Psychosen und Schizophrenie**

Erfahrungsberichte:

Bodos „Tagebuch einer Psychose oder Wie man verrückt wird“

<http://home.arcor.de/pahaschi/tagebuch.htm>

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Psychosenetze.V.

<http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/>

Psychopharmaka freie Therapie:

Soteria - Philosophie

<http://www.toll-haus.de/Seite2.htm>