

Schizophrenie

Früherkennung und Frühintervention bei beginnenden Psychosen

Die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Therapie psychotischer Erkrankungen wurde in den letzten Jahren zunehmend akzeptiert. Wenn schizophrene Psychosen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, können viele Patienten zumindest wieder ein „normales“ Leben unter Wahrnehmung ihrer verschiedenen sozialen Rollen führen.

ANITA RIECHER-RÖSSLER, BASEL

Die Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen ist in den letzten zehn Jahren zu einem weithin akzeptierten Ziel der Psychiatrie geworden. Spezialisierte Früherken-

nungs- und Frühbehandlungszentren wurden weltweit etabliert. In diesem Fortbildungsartikel wird der Frage nachgegangen, warum Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen

sinnvoll sind. Weiter wird erörtert, wie Früherkennung und Frühintervention heute durchgeführt werden – wie in der Praxis, wie in einer allgemeinen Klinikambulanz, wie in einem spezialisierten



Im Anfangsstadium schizophrener Psychosen treten schon mehrere Jahre vor der ersten Diagnosestellung nur unspezifische Beschwerden wie Interessensverlust, sozialer Rückzug und geringe Belastbarkeit auf.

Zentrum. Dabei wird zwischen Ersterkrankungen mit klarer Psychose und Patienten mit fraglichem Prodromalzustand einer Psychose unterschieden.

Warum Früherkennung und Frühintervention?

Das inzwischen weltweite Interesse an der Früherkennung und Frühintervention bei beginnenden Psychosen wurde durch verschiedene Beobachtungen und Erkenntnisse ausgelöst:

- Schizophrene Psychosen beginnen meist schleichend und atypisch.
- Die Diagnose und Behandlung dieser Psychosen erfolgte bisher häufig nur mit großer Verzögerung.
- Ernste Folgen sind schon in oft noch undiagnostizierten Frühphasen, ja sogar in der noch unspezifischen „Prodromalphase“ beobachtbar.
- Eine frühe Behandlung kann Verlauf und Prognose entscheidend verbessern. (Übersichten bei [1, 2, 3, 4, 5]).

Schleichender Beginn

Schizophrene Psychosen beginnen im Mittel schon mehrere Jahre vor der ersten Diagnosestellung und stationären Aufnahme. Im Anfangsstadium treten nur unspezifische Beschwerden wie Interessensverlust, sozialer Rückzug, geringe Belastbarkeit etc. auf. Der meist noch junge Mensch verhält sich „irgendwie merkwürdig“, er ist „einfach nicht mehr der Alte“ und kann die bisherigen Rollen in Beruf, Partnerschaft und Familie nicht mehr erfüllen – es kommt zu einem typischen „Knick in der Lebenslinie“.

Bei etwa 70 % der Patienten ist die Entwicklung schleichend: Die ersten Jahre sind durch „uncharakteristische Prodrome“, also ganz unspezifische Frühsymptome wie Veränderungen des Wesens, der Gefühle und der Leistungsfähigkeit geprägt. Der Patient wird übersensibel, dünnhäutig. Er kann sich schlecht konzentrieren, vor allem bei Ablenkung. Er verliert Energie und Antrieb, alles fällt ihm schwer, er kommt morgens kaum noch aus dem Bett. Bei Jugendlichen wird dies oft fälschlicherweise als „Adoleszentenkrise“ abgetan oder es wird – auch im späteren Alter – zunächst eine Depression diagnostiziert.

Tab. 1: Risikocheckliste für Psychosen

Wenn bei jungen Menschen anhaltende Veränderungen im Wesen oder in ihrer Leistung auftreten, sollte man immer an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken. Achten Sie bitte auf folgende mögliche Frühzeichen oder Risikofaktoren, vor allem wenn diese in den letzten Jahren neu aufgetreten sind.

A	Frühsymptome
	Veränderungen des Wesens Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit <input type="checkbox"/> Schlafstörungen, Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Selbstvernachlässigung <input type="checkbox"/> Plötzlicher Mangel an Interesse, Initiative, Energie, Antrieb
	Veränderungen der Gefühle <input type="checkbox"/> Depression, verflachte Gefühle oder starke Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Ängste, vor allem Angst, geschädigt/bedroht zu werden
	Veränderungen der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Geringe Belastbarkeit, vor allem bei Stress <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit <input type="checkbox"/> Leistungsknick
	Veränderungen im sozialen Bereich <input type="checkbox"/> Misstrauen <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug, Isolation <input type="checkbox"/> Probleme in Beziehungen
	Veränderungen der Interessen <input type="checkbox"/> Plötzlich ungewöhnliche Interessen, etwa für Religiöses oder übernatürliche Dinge, Magie etc.
	Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens <input type="checkbox"/> Eigentümliche Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben <input type="checkbox"/> Ungewöhnliche Wahrnehmungen (z. B. Intensivierung oder Veränderung von Geräuschen oder Farben; Gefühl, man selbst oder die Umgebung sei verändert) <input type="checkbox"/> Eigenbeziehungen (bezieht alles auf sich); Gefühl, beobachtet zu werden <input type="checkbox"/> Beeinflussungserleben (Gefühl, andere können auf mich oder auf meine Gedanken Zugriff nehmen, mich kontrollieren, steuern) <input type="checkbox"/> Ungewöhnliches hören oder sehen (wenn niemand/nichts anwesend ist)
B	„Knick“ in der Lebenslinie
	<input type="checkbox"/> Auffälliger Leistungsknick, Schwierigkeiten im Beruf, in der Schule etc. <input type="checkbox"/> Beruflicher Abstieg, Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/> Auffällige Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.)
C	Psychische Erkrankungen in der Verwandtschaft
	<input type="checkbox"/> Psychose in der Familie/Verwandtschaft bekannt oder zu vermuten <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie
D	Drogen
	<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Konsum von Drogen (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine etc.)
E	Alter
	<input type="checkbox"/> Ist die Patientin/der Patient unter 30 Jahre alt (auch späterer Beginn ist möglich)?
© Anita Riecher-Rössler	

Der Patient kann „Basissymptome“ an sich selbst feststellen, also subjektiv erlebte Beeinträchtigungen der Denkläufe, der Sprache und der Wahrnehmung. Im weiteren Verlauf werden diese

Prodromalzeichen häufig immer spezifischer. Es kommt zu Misstrauen und sozialem Rückzug, ungewöhnlichen Interessen, eigentümlichen Vorstellungen und Wahrnehmungsverzerrungen. Zu-

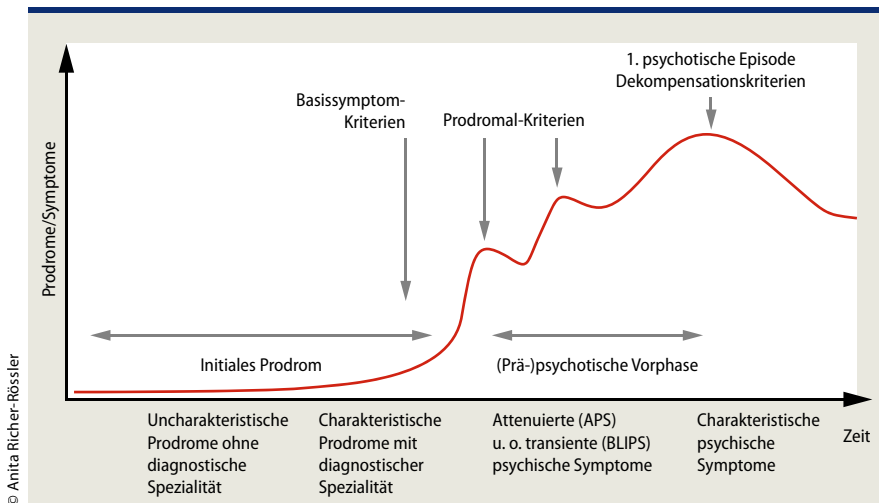


Abb. 1: Entwicklung der Psychose (nach [6]).

nehmend entwickeln sich dann auch „attenuierte“, also unterschwellige psychotische Symptome. Dabei handelt es sich um Vorstadien von Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Ein Patient erlebt sich zum Beispiel als gemobbt, hat das Gefühl, bestimmte Menschen seien gegen ihn, es würde sich etwas ge-

gen ihn zusammenbrauen etc. Er ist aber noch nicht wahnhaft davon überzeugt, das heißt, das Kriterium des Wahns im Sinne einer unverrückbaren Überzeugung ist noch nicht erfüllt. Oder aber der Patient erlebt Geräusche, Farben, alle möglichen Sinneswahrnehmungen intensiver oder verändert. Jedoch ist das Kriterium einer Halluzination (Wahrnehmung ohne reale Grundlage) noch nicht erfüllt. Es kann auch schon zu einzelnen kurzen Halluzinationen wie Hören des eigenen Namens kommen, die aber schnell wieder vorübergehen.

Die möglichen Frühsymptome und Frühwarnzeichen einer beginnenden Psychose sind in der Risikocheckliste für Psychosen zusammengefasst (Tab. 1).

In der präpsychotischen Vorphase können auch transiente, also vorübergehende psychotische Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen auftreten, die „BLIPS“ (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms). Diese sind dann jedoch nur von sehr kurzer, vorübergehender Dauer (maximal eine Woche mit spontaner Remission). Erst dann kommt es zu einer ersten psychotischen Dekompensation mit anhaltenden Akutsymptomen wie Wahn, Halluzinationen oder Denkstörungen.

Verzögerung der Diagnose

Wie verschiedene Studien zeigen, dauert die unspezifische Prodromalphase im Mittel etwa vier bis fünf Jahre. Aber auch wenn schon psychotische Sympto-

me vorhanden sind, verstreicht im Mittel etwa ein Jahr, bis die Psychose erkannt und behandelt wird (Abb. 1).

Folgen einer beginnenden Psychose

Bereits in der noch undiagnostizierten Frühphase kann die Erkrankung schwerwiegende Folgen haben. So führen die depressive Verstimmung, die Energie- und Antriebslosigkeit, die Denk- und Konzentrationsstörungen der beginnenden Psychose häufig zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Schule, Studium oder Beruf. Diese Symptome, die oft mit einer allgemeinen Irritierbarkeit, einer gestörten Kapazität der Informationsaufnahme und -verarbeitung und einem krankheitsbedingten Misstrauen assoziiert sind, führen zu einem allgemeinen sozialen Rückzug. Es kommt zu Beziehungsproblemen. Partnerschaften gehen in die Brüche oder werden schon von vornherein vermieden, der Kontakt zu Freunden wird reduziert.

Folgen einer verzögerten Behandlung

Eine verzögerte Behandlung kann folgende Konsequenzen haben:

- Schlechtere Gesamtprognose
- Verzögerte und unvollständige Besserung der Symptomatik
- Kognitive Verschlechterung
- Verlust grauer Hirnsubstanz
- Notwendigkeit einer höheren Neuroleptikadosis
- Geringere Compliance
- Höhere Rehospitalisierungsrate
- Stärkere Belastung für Familien
- Höhere Behandlungskosten
- Erhöhtes Risiko für Depression, Suizid, Homizid, Alkohol, Drogen, Delinquenz
- Stärkere Beeinträchtigung der psychologischen, sozialen und beruflichen Entwicklung sowie der Lebensqualität

Übersicht bei Riecher-Rössler et al. [1, 5].

Frühintervention

Im Rahmen von Frühinterventionsprogrammen wird eine stadienspezifische Behandlung angeboten. Hier muss klar unterschieden werden,

- ob es sich schon um eine klare Psychose im Sinne einer Ersterkrankung handelt, oder

Tab. 2: Frühbehandlung bei erhöhtem Psychoserisiko

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Stress und Stimuli reduzieren, Schlaf sicherstellen
- Benzodiazepine bis zur eindeutigen Diagnoseklärung
- Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von Angst, Agitiertheit sowie Panik und supportive Psychotherapie
- Syndromorientierte Behandlung der aktuellen Symptome
- Psychoedukation (Patient und wenn möglich auch Angehörige)
- Behandlungsvereinbarung (möglichst schriftlich)
- Bei Bedarf sozialarbeiterische Maßnahmen

Zusätzlich

- Bei geringem Risiko oder als erster Schritt: Kognitive Verhaltenstherapie, Omega-3-Fettsäuren?
- Bei hohem Risiko (attenuierte psychotische Symptome oder BLIPS) und Nichtansprechen auf Schritt 1: eventuell niedrig dosierte Neuroleptika

— ob noch ein Prodromalstadium vorliegt.

Frühbehandlung in potenzieller Prodromalphase

Bei Menschen mit erhöhtem Risiko für eine Psychoseentwicklung (Risikoindividuen oder „At-Risk Mental State-Individuen“), also einem vermuteten Prodromalstadium, sollte die Behandlung sehr vorsichtig und im Allgemeinen noch ohne spezifisch antipsychotische Medikation, also ohne Neuroleptika, erfolgen. Generell wichtig ist zunächst der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung und die Hilfe bei aktuellen Problemen, einschließlich psychosozialer Belastungen.

Neben unspezifischen Maßnahmen etwa zur Stressreduktion sowie supportiven psychotherapeutischen Gesprächen ist eine sehr gute Psychoedukation von großer Bedeutung. Das heißt, die Patienten sollten gut darüber aufgeklärt werden, dass sie ein gewisses Risiko haben, eine Psychose zu entwickeln, aber auch die Chance, bei geeigneten Vorsichtsmaßnahmen, diese nicht zu entwickeln. Und sie sollten die Symptome einer zunehmenden Psychose sehr gut kennenlernen. Die Patienten sollten regelmäßig gesehen und dazu motiviert werden, bei Verschlechterung der Beschwerden oder Auftreten von Symptomen sich sofort wieder an ihren Psychiater zu wenden, damit dann eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann.

Eine Medikation sollte syndromorientiert erfolgen. So kann eine vorübergehende Verordnung von schlafverbessernden Medikamenten (kurzfristig Benzodiazepine oder Benzodiazepin-Agonisten, längerfristig sedierende Antidepressiva) oder von Antidepressiva bei depressiver Verstimmung sinnvoll sein.

In einem „Behandlungsvertrag“ sollte festgehalten sein, dass bei späterer Entwicklung klarer psychotischer Symptome mit einer antipsychotischen Medikation begonnen wird. Es ist sehr wichtig, diese Vereinbarung im Vorfeld möglichst schriftlich zu fixieren, da viele Patienten bei späterer psychotischer Dekompensation nicht mehr krankheits-einsichtig sind (**Tab. 2**).

Frühintervention bei Ersterkrankten mit Psychose

Bei klarer psychotischer Dekompensation richten sich die Frühinterventionsmaßnahmen nach verschiedenen Leitlinien. Es werden frühzeitig Neuroleptika (vorzugsweise atypische Neuroleptika in niedriger Dosierung), begleitet von supportiven Gesprächen, Psychoedukation, psychologischen Trainingsprogrammen und eventuell auch kognitiver Verhaltenstherapie, die speziell für Ersterkrankte entwickelt wurden, eingesetzt (**Tab. 3**). Atypische Neuroleptika der neueren Generation werden unter anderem deshalb vorgezogen, weil sie weniger stigmatisierende Nebenwirkungen wie Parkinsonoid oder Dyskinesien zeigen und von den Patienten eher toleriert werden.

Wichtig ist, in diesem Stadium eine gute therapeutische Beziehung mit Patient und Familie aufzubauen beziehungsweise aufrechtzuerhalten – nicht zuletzt auch um die Medikamenten-Compliance sicherzustellen – und die Neuroleptikatherapie mindestens zwölf Monate nach Remission fortzuführen, da ansonsten ein sehr hohes Rückfallrisiko besteht. Sehr hilfreich ist es auch hier, mit den Patienten einen schriftlichen Vertrag bezüglich des Vorgehens bei einem Rückfall zu erstellen. Möglichst rasch sollte darüber hinaus ein persönlicher Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit dem Ziel der baldigen und beruflichen Reintegration erstellt werden (**Tab. 4**). Nützlich ist ein Case-Manager, der die verschiedenen Angebote koordiniert.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend ist festzustellen, dass heute schizophrene Psychosen ihren Schrecken verloren haben. Wenn diese Erkrankungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, können viele Patienten geheilt werden oder zumindest wieder ein „normales“ Leben unter Wahrnehmung ihrer verschiedenen sozialen Rollen führen. Eine längere therapeutische Begleitung und Rückfallprophylaxe ist jedoch erforderlich, um die erzielten Erfolge auch aufrechtzuerhalten. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Tab. 3: Frühintervention bei Ersterkrankten mit Psychose in der Akutphase*

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Stress und Stimuli reduzieren
- Schlaf sicherstellen
- Benzodiazepine bis zur eindeutigen Diagnoseklärung
- Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von Angst, Agitiertheit und Panik sowie supportive Psychotherapie
- Atypische Neuroleptika in minimal effektiver Dosis über mindestens ein Jahr; Atypika bevorzugen, da weniger EPMS, effektiver bezüglich Minussymptomatik und depressiver Begleitsymptomatik (Wahl aufgrund des Nebenwirkungsprofils!)
- Keine Antidepressiva bei florider psychotischer Symptomatik!

*nach Leitlinien WPA, DGPPN, WFSBP, NICE

Tab. 4: Therapie und Rehabilitation bei psychotischer Ersterkrankung nach der Akutphase

- Neuroleptika über mindestens zwölf Monate nach Remission fortführen, dann eventuell sehr langsame Reduktion
- Supportive Psychotherapie
- Psychoedukation
- Psychologische Trainingsprogramme
- Kognitive Remediation zur Verbesserung kognitiver Einbußen
- Soziale Maßnahmen
- Case Management
- Gegebenenfalls Assertive Community Treatment (ACT)
- Angehörigenarbeit
- Soziale Reintegration
- Berufliche Rehabilitation

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler

Chefärztin und Ordinaria
Zentrum für Gender Research und Früherkennung
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Kornhausgasse 7
4051 Basel, Schweiz
E-Mail: Anita.Riecher@upkbs.ch

Literatur

1. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rössler W (2006) Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatr Scand Suppl* (429):73-80.
2. Riecher-Rössler A, Pflueger MO, Aston J, Borgwardt SJ, Brewer WJ, Gschwandtner U, Stieglitz RD (2009) Efficacy of using cognitive status in predicting psychosis: a 7-year follow-up. *Biol Psychiatry* 66 (11):1023-1030.
3. McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, Riecher-Rössler A, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Nordentoft M, Hickie I, McGuire P, Berk M, Chen EY, Keshavan MS, Yung AR (2009) Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry* 70 (9):1206-1212.
4. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman LJ, Valmaggia L, Cannon T, Velthorst E, De Haan L, Cornblatt B, Bonoldi I, Birchwood M, McGlashan T, Carpenter W, McGorry P, Klosterkötter J, McGuire P, Yung A (2013) The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 70 (1):107-120.
5. Riecher-Rössler A, Aston J, Borgwardt S, Bugra H, Fuhr P, Gschwandtner U, Koutsouleris N, Pflueger M, Tamagni C, Radü EW, Rapp C, Smieskova R, Studerus E, Walter A, Zimmermann R (2013) Vorhersage von Psychosen durch stufenweise Mehrebenenabklärung - Das Basel Fepsy-Projekt. *Fortschr Neurol Psychiatr* 81 (5):265-275.
6. Borgwardt S, Aston J, Bugra H, Pflueger M, Rapp C, Smieskova R, Stieglitz R, Zimmermann R, Riecher-Rössler A (2010) Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen: Schwerwiegende Krankheitsfolgen verhindern. *INFO Neurologie & Psychiatrie CH* 8:6-10.