# Screening zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis

J. Aston, U. Gschwandtner, A. Riecher-Rössler

## Fallbeispiel

Ein 28jähriger, fürsorgeabhängiger Mann wird zur Abklärung zugewiesen. Er lebt allein, hat seit einem Jahr keine Arbeit, hat zuvor mehrere Stellen abgebrochen.
Er sei ein guter Schüler gewesen, sei ins Gymnasium gekommen, ab dem 16. Lebensjahr habe er jedoch in der Schule zunehmend Probleme bekommen und nicht mehr an die guten Leistungen anknüpfen können, so dass er aus dem Gymnasium ausscheiden musste. Nach Absolvieren der obligatorischen Schulzeit sei er nicht in der Lage gewesen, eine Ausbildung zu machen.
Er schildert, dass er seit längerem wegen einem «gewissen Unwohlsein» ungern aus dem Haus gehe, und weil er Ansammlungen von Menschen nicht mag, Bus und Tram fahren vermeide. Er verbringe viel Zeit allein Zuhause, habe selten zu seiner Familie oder seinen Freunden Kontakt.
Seine ältere Schwester leidet an Schizophrenie, ansonsten ist die Familienanamnese bland.

## Wie beginnt Schizophrenie?

In den meisten Fällen geht dem Ausbruch der schizophrenen Psychose ein längeres, unspezifisches Prodromalstadium voraus, mit einer mittleren Dauer von 4–5 Jahren und einer Bandbreite von wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren [1].
Im Rahmen der sogenannten ABC-Studie (Age, Begin and Course), die als erste repräsentative Studie zu dieser Fragestellung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim durchgeführt wurde, konnten 267 Ersterkrankte interviewt werden [2, 3]. Diese Patienten und ihre Bezugspersonen hatten im Mittel schon 4–5 Jahre vor Erstaufnahme unter der Diagnose einer schizophrenen Psychose die ersten psychischen Veränderungen bemerkt. Begonnen hatte die Symptomatik meist mit Depression, sozialem Rückzug, Misstrauen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst, Energielosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Irritierbarkeit, Denk- und Konzentrationsstörungen [1].
Häufig war auch ein «Knick in der Lebenslinie» erkennbar mit Schwierigkeiten, der Rolle im Beruf, in der Partnerschaft oder im sozialen Umfeld gerecht zu werden [4]. Bemerkenswert war auch, dass im Mittel schon etwa ein Jahr vor der Erstaufnahme psychotische Symptome wie Wahn, Halluzinationen und Denkstörungen aufgetreten waren.
Bei nur wenigen Patienten (nach Häfner et al. 1995 nur bei 6,5%; [5]), beginnt die Psychose plötzlich mit vorwiegend positiven Symptomen. Mit positiven Symptomen sind gemeint die verschiedenen Formen des Wahns, zum Beispiel der Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen wie zum Beispiel Stimmen hören und Ich-Störungen wie zum Beispiel Gedankenlesen. Als Gegensatz dazu ist der Begriff der Negativ- oder Minussymptomatik geprägt worden, womit Symptome wie Antriebsarmut, geringe affektive Schwingungsfähigkeit, sozialer Rückzug, Konzentrationsstörungen und verlangsamtes Denken gemeint sind.

## Risikocheckliste als Screening-Instrument für die Hausarztpraxis

Um dem Hausarzt eine rasche und gezielte Beurteilung solcher Patienten zu erleichtern, haben wir auf der Grundlage zahlreicher Publikationen ein Risikocheckliste [6–17] für beginnende Psychosen entwickelt.
In dieser Checkliste sind die wichtigsten potentiellen Frühzeichen und Risikofaktoren einer beginnenden Psychose enthalten. Sie soll als Entscheidungshilfe dienen, ob die Zuweisung zu einem Psychiater oder zu einer spezialisierten psychiatrischen Institution erforderlich ist.

Korrespondenz:
Dr. med. J. Aston
Psychiatrische Universitätspoliklinik, Kantonsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

Abbildung 1.

## Risiko-Checkliste Basler «fepsy-Projekt»

Wenn sich ein Mensch plötzlich anhaltend in seinem Wesen oder in seiner Leistungsfähigkeit verändert – ohne ersichtlichen Grund –, sollte man immer an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken. Achten Sie bitte auf folgende mögliche Frühzeichen oder Risikofaktoren, insbesondere wenn diese in den letzten Jahren **neu** aufgetreten sind:

**A Veränderungen des Wesens und der Leistungsfähigkeit**

- ❏ **Veränderungen des Wesens**
  z.B. erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen oder auch plötzlicher Mangel an Energie, Antrieb, Interesse, Initiative, evtl. mit Vernachlässigung von Aufgaben
- ❏ **Veränderung der Gefühle**
  z.B. Misstrauen, Ängste, depressive Verstimmung, verflachte Gefühle, starke Stimmungsschwankungen
- ❏ **Veränderungen der Leistungsfähigkeit**
  z.B. Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit, geringe Belastbarkeit (v.a. bei Stress)
- ❏ **Veränderung der Interessen**
  z.B. plötzliches ungewohntes Interesse für Religiöses, Übernatürliches
- ❏ **Veränderung der Wahrnehmung**
  z.B. ungewöhnliches Sehen, Hören, Riechen, Schmecken; Ereignisse auf sich beziehen, sich beobachtet oder beeinträchtigt fühlen, sich beeinflusst oder gesteuert fühlen
- ❏ **Veränderung der Beziehungsfähigkeit**
  z.B. ungewöhnliche Schwierigkeiten in Beziehungen, Sich-Abkapseln, Rückzug, Isolation, Vernachlässigung nahestehender Personen
- ❏ **Ausgeprägt absonderliches Verhalten**
  z.B. Selbstgespräche in der Öffentlichkeit, Sammeln von Abfällen usw.
- ❏ **Verwirrtheit im Ausdruck**
  z.B. umständliche, verstiegene oder unverständliche Sprache oder Verarmung der Sprache

**B «Knick» in der Lebenslinie**

- ❏ Auffälliger Leistungsknick, Schwierigkeiten im Beruf, Schule usw.
- ❏ Beruflicher Abstieg, Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes
- ❏ Auffällige Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (Partnerschaft, Familie, Beruf usw.)

**C Psychische Erkrankung in der Verwandtschaft**

- ❏ Psychose in der Familie / Verwandtschaft bekannt oder zu vermuten
- ❏ Andere psychische Erkrankungen in der Familie

**D Drogen**

- ❏ Regelmässiger Konsum von Drogen (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine usw.)

**E Alter**

- ❏ Patient / Patientin unter 30 Jahre alt (auch späterer Beginn ist möglich!)

## Bedeutung der Hausarztpraxis für das Erkennen von Psychosen

Die Hemmschwelle, zum Hausarzt zu gehen, ist bedeutend niedriger als diejenige, sich an einen Psychiater zu wenden. Häufig ist der Hausarzt erste Anlaufstelle und Vertrauensperson.
Mit Hilfe unserer Checkliste kann der Hausarzt den Beginn einer vermuteten Erkrankung sehr frühzeitig erfassen. Die unspezifischen Anzeichen wie Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, sozialer Rückzug können selbstverständlich auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen. Es sind aber auch spezifischere Hinweise enthalten wie Misstrauen, der bereits erwähnte «Knick in der Lebenslinie», zunehmende kognitive Störungen (z.B. Gedanken gehen durch-

einander, kann nicht mehr klar denken), Veränderungen in der Wahrnehmung wie ungewöhnliches Hören oder Sehen von Dingen, beginnende Beziehungsideen wie bestimmte Ereignisse auf sich beziehen, sich beobachtet fühlen oder auch die Entwicklung von ungewöhnlichen Interessen.

## Praktische Hinweise zum Vorgehen in der Hausarztpraxis

Die Kommunikation mit den Patienten kann in diesem Stadium der beginnenden Erkrankung schwierig sein, weitere Termine zur Beurteilung können erforderlich werden. Manche Patienten haben – bedingt durch die häufig vorhandene Minussymptomatik mit vermindertem Antrieb, desorganisiertem Verhalten und Motivationsstörung – Schwierigkeiten, Termine einzuhalten. Gerade diesen Patienten gelingt es oft nicht, eine Arztpraxis aufzusuchen. Patienten, die wiederholt Termine verpassen, sollte bei Verdacht auf Psychose unbedingt nachgegangen werden, gegebenenfalls auch mit einem Hausbesuch.
Am Anfang der Erkrankung besteht zunächst oft nur ein merkwürdiges Misstrauen, das auch die Arzt-Patient-Beziehung stören kann. Hinzu kommen häufig Beziehungsideen. So kann der Patient etwa glauben, bestimmte Dinge würden extra seinetwegen gemacht. In dieses Denksystem kann er auch den Arzt mit einbeziehen, der, wenn er nicht aufpasst, schnell zum Feind wird. Wichtig ist deshalb, alles zu vermeiden, was das Misstrauen des Patienten erregen könnte. Nichts sollte heimlich hinter dem Rücken des Patienten geschehen. Bei notwendigen Schritten, wie einer Überweisung an einen Psychiater, sollte er hierüber möglichst offen informiert werden.
Mit Einverständnis des Patienten können auch Angehörige befragt werden. Sie können oft Genaueres über die Veränderung des Patienten berichten. Wichtig ist auch die Familienanamnese (Angehörige 1. oder 2. Grades mit Psychose?) zu erheben, da die genetische Belastung das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, massgeblich beeinflusst [12, 13].
Falls Angehörige besorgt sind und der Patient sich weigert, in die Praxis zu kommen, sollte ein Hausbesuch geplant werden. Besteht Grund zur Befürchtung, dass der Patient aggressiv reagieren könnte, empfiehlt sich eine Beratung beim nächstgelegenen kantonalen psychiatrischen Dienst, da unter Umständen eine Begleitung des Hausbesuches durch einen erfahrenen Psychiater erforderlich sein kann.
In Fällen mit im Vordergrund stehender positiver psychotischer Symptomatik ist der Verfolgungswahn in verschiedensten Ausprägungsgraden häufig. Hier sollte ganz gezielt nachgefragt werden, zum Beispiel: «Fühlen Sie sich von jemandem bedroht?», «Denken Sie, jemand will Ihnen etwas Böses antun?».

## Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens einer beginnenden Psychose

Das frühzeitige Erkennen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis kann in Fällen mit einem schleichenden Beginn eine Herausforderung sein. Dieser sollte der Hausarzt sich jedoch unbedingt stellen, denn es wird immer klarer, dass ein längeres Bestehen der unbehandelten Psychose zu einem schlechteren Verlauf der Erkrankung hinsichtlich der Symptomatologie, der sozialen und kognitiven Funktionsmöglichkeiten sowie der weiteren Behandlungsmöglichkeiten führt [18, 19]. Mehrere Autoren berichten, dass eine frühe Intervention den Kurz- und Langzeitverlauf günstig beeinflussen kann [20–23]. Auch besteht ein hohes Suizidrisiko [24]. Ein frühzeitiges Erkennen von beginnenden Psychosen kann nicht nur die Chronifizierung der Erkrankung oftmals verhindern, sondern manchmal auch lebensrettend wirken.

### Quintessenz

- Der klaren Manifestation einer Schizophrenie geht in vielen Fällen ein 4–5 Jahre dauerndes, unspezifisches Prodromalstadium und ein «Knick in der Lebenslinie» voraus.
- Häufig beginnt die Krankheit schleichend, mit unspezifischen Symptomen und vorwiegender Negativsymptomatik, weniger häufig mit akut auftretenden positiven Symptomen.
- Die «Risikocheckliste» enthält die wichtigsten frühen Anzeichen und Risikofaktoren für eine Schizophrenie und soll eine rasche und gezielte Beurteilung erleichtern; sie kann als Entscheidungshilfe dienen, ob eine Zuweisung zum Psychiater oder an eine psychiatrische Institution notwendig ist.
- Das frühzeitige Erkennen und Intervenieren kann auf den Verlauf einen günstigen Einfluss haben.

**Anlaufstellen**
Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel, Tel. 061 265 50 40
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Tel. 01 296 74 50
Kriseninterventionszentrum der Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepsychiatrie Bern, Tel. 031 632 46 11
Spezialsprechstunde zur Früherkennung von Psychosen, Kontakt via Homepage: http://fepsy.uhbs.ch

## Literatur


1 Häfner H, Riecher A, Maurer K, Meissner S, Schmidke A, Faetkenheuer B, et al. Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia – «IRAOS») Entwicklung und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990;19:230–55.

2 Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W, et al. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. Fortschr Neurol Psychiatr 1991;59:343–60.

3 Riecher A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, Munk Jorgensen P, et al. Sex differences in age at onset and course of schizophrenic disorders: a contribution to the understanding of the disease? In: Häfner H, Gattaz WF (eds). Search for the causes of schizophrenia, Vol. 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.

4 Riecher A. Die beginnende Schizophrenie als «Knick in der Lebenslinie». In: Schneider, H. (Hrsg.). Lieben und Arbeiten: Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens. Heidelberg: Mattes; 1999.

5 Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Stein A, Könnecke R, et al. In: Häfner, H, and Gattaz, WF (Eds.), Search for the causes of schizophrenia. Vol. 111. Berlin, Heidelberg: Springer; 1995.

6 Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in shizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. Psychol Med 1989;19:649–56.

7 Cannon TD, Mednick SA, Parnas J. Antecedents of predominantly negative- and predominantly positive-symptom schizophrenia in a high-risk population. Arch Gen Psychiatry 1990;47:622–32.

8 Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. Schizophr Bull 1989;15:217–31.

9 Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AlL, Macmillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. 1. Presentation of the illness and problems relating to admission. Br J Psychiatry 1986; 148:115–20.

10 Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Steinmeyer WM. Sind selbst wahrnehmbare neuropsychologische Defizite bei Patienten mit Neurose- oder Persöhnlichkeitsstörungsdiagnosen für spätere schizophrene Erkrankungen prädikitiv? Der Nervenarzt 1997;65:196–204.

11 Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172 (Suppl.):14–20.

12 Kahn E. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. In: Rüdin E (Hrsg.). Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 1923.

13 Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study. Their factor structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1995;52:296–303.

14 Crow TJ. Aetiology of schizophrenia: an evolutionary theory. lnt Clin Psychopharmacol 1995;10(Suppl 3): 49–56.

15 Allebeck P, Adamsson C, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County [published erratum appears in Acta Psychiatr Scand 1993 Oct;88(4): 304]. Acta Psychiatr Scand 1993; 88:21–4.

16 Eikmeier G, Lodemann E, Pieper L, Gastpar M. Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen. (Cannabis use and the course of schizophrenia). Sucht 1991;37: 377–82.

17 Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. Biol Psychiatry 1996;40:1155–63.

18 McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: research. Schizophr Bull 1996;22: 327–45.

19 Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:325–51.

20 Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. Br J Psychiatry 1998;172(Suppl 33):53–9.

21 McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull 1996;22:201–22.

22 McGorry PD, Edwards, J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996;16: 305–26.

23 an der Heiden W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M. Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. Nervenarzt 1995;6: 820–27.

24 Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first-admitted schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1993;163:183–9.