



# Frühdiagnostik und Frühbehandlung schizophrener Psychosen – ein Update

Anita Riecher-Rössler, Evelyne Rechsteiner, Marcus D'Souza, Elizabeth von Castelmur, Jacqueline Aston

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

## Quintessenz

- Auch wenn sich Therapie und Prognose schizophrener Psychosen nachhaltig verbessert haben, handelt es sich dabei doch immer noch häufig um schwerwiegende Erkrankungen, die mit enormem persönlichem Leid einhergehen und von grosser volkswirtschaftlicher Bedeutung sind.
- Schizophrene Psychosen beginnen meist schleichend und atypisch und bleiben deshalb oft jahrelang unerkannt. Diagnose und Differentialdiagnose erfordern spezifische Erkenntnisse und apparative Möglichkeiten.
- Frühsymptome sind Veränderungen des Wesens, der Gefühle und der Leistungsfähigkeit, aber auch der Interessen, häufig verbunden mit Misstrauen und sozialem Rückzug, eine veränderte Wahrnehmung und Interpretation der Umgebung und des Erlebens mit sukzessivem Übergang in psychotische Symptome.
- Schon in diesen unerkannten Frühstadien hat die Erkrankung häufig sehr schwerwiegende medizinische und psychosoziale Folgen.
- Eine Frühdiagnose in diesem noch unspezifischen Stadium ist leider nicht möglich. Was aber möglich ist, ist das Risiko für die Entwicklung einer Psychose einzuschätzen. In einer solchen Situation sollte unbedingt eine Aufklärung des Patienten über dieses Risiko mit Beratung und anschliessender Begleitung, wenn nötig auch eine symptomatische Behandlung erfolgen. Vor allem muss in diesem Stadium eine vertrauensvolle ärztliche Beziehung zum Patienten aufgebaut werden, um bei einem allfälligen Übergang in eine Psychose auch eine sofortige spezifische Behandlung einleiten zu können.
- Im Rahmen der Basler FEPSY-Studie (Früherkennung von Psychosen) wird angestrebt, die Einschätzung des Risikos für die Entwicklung einer solchen Psychose und allenfalls auch ihre Frühdiagnose zu verbessern.

## Summary

### Early diagnosis and early treatment of schizophrenic psychosis – an update

- *Even if the treatment and prognosis of schizophrenic psychosis have recently undergone substantial improvement, it has always remained a serious disease associated with enormous personal suffering and overwhelming economic consequences.*
- *Schizophrenic psychosis usually has an insidious and atypical onset and so often goes undetected for years. Diagnosis and differential diagnosis require specific knowledge and equipment.*
- *Early symptoms are alterations of personality, of emotional life and social competence, and also of interests, frequently associated with distrust and withdrawal from social contact, distorted perception and interpretation of the environment and experience, with gradual transition to psychotic symptoms.*
- *Even in these unrecognised early stages the disease often has serious medical and psychosocial consequences.*

## Einleitung

Die Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen ist in den letzten Jahren zu einem weithin akzeptierten Ziel der Psychiatrie geworden. Früherkennungs- und Frühbehandlungszentren haben sich weltweit etabliert. Ausgelöst wurde diese Entwicklung durch verschiedene Beobachtungen und Erkenntnisse:

- Schizophrenie ist eine schwerwiegende Erkrankung.
- Schizophrene Psychosen beginnen meist schleichend und atypisch.
- Die Diagnose und die Behandlung dieser Psychosen erfolgten bisher häufig nur mit grosser Verzögerung.
- Gerade diese Erkrankungen haben bereits in ihrer frühen, noch undiagnostizierten Phase sehr ernste Folgen.
- Eine frühe Behandlung kann den Verlauf und die Prognose entscheidend verbessern.

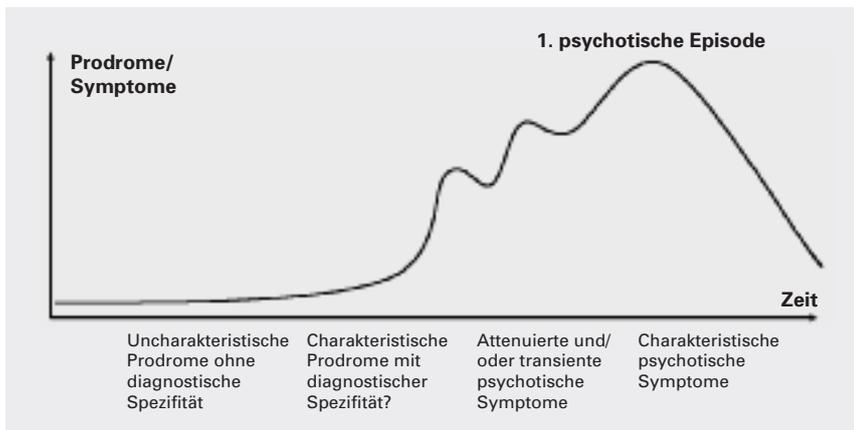
## Schwerwiegende Erkrankung

Schizophrenie ist eine häufige Erkrankung. Zwar ist die Inzidenz nicht allzu hoch – es erkranken jährlich nur ein bis zwei Personen pro 10 000 neu –, durch die bei zwei Drittel der Erkrankten chronischen oder chronisch rezidivierenden Verläufe ist die Prävalenz mit 1–5 pro 1000 aber doch beachtlich. Schizophrene Psychosen verursachen 1,5–2% aller Gesundheitskosten in industrialisierten Ländern und gehören damit zu den teuersten psychiatrischen Erkrankungen [1]. Vor allem aber ist das Suizidrisiko mit ungefähr 10% über die Lebenszeit sehr hoch.

## Schleichender, atypischer Beginn

Schizophrene Psychosen beginnen in der Regel schon mehrere Jahre vor der ersten stationären Aufnahme und Diagnosestellung. Dies hat die Forschung der letzten Jahrzehnte gezeigt [2–6]. Zunächst treten nur ganz unspezifische Beschwerden auf (Abb. 1 ) . Der meist noch junge Mensch verhält sich «irgendwie merkwürdig»,

- *Early diagnosis at this still unspecific stage is unfortunately impossible. What is possible, however, is to assess the risk of developing psychosis. Briefing the patient about this risk, with counselling and subsequent follow-up, and if necessary symptomatic treatment, are not only possible but essential in such cases. The prime necessity at this stage is to build up a relationship of trust between patient and doctor, so that specific therapy can be initiated immediately if the transition to psychosis actually occurs.*
- *The aim of the Basel FEPSY Study (early diagnosis of psychosis) is to improve risk assessment, and where possible early diagnosis, of such psychoses.*



**Abbildung 1**  
Entwicklung einer Psychose.

**Tabelle 1. Mögliche Frühzeichen einer Psychose (vgl. [4, 11, 12]).**

Veränderungen des Wesens	
Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit	
Erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit	
Schlafstörungen, Appetitlosigkeit	
Selbstvernachlässigung	
Plötzlicher Mangel an Interesse, Initiative, Energie, Antrieb	
Veränderungen der Gefühle	
Depression, verflachte Gefühle oder starke Stimmungsschwankungen	
Ängste – insbesondere Angst, geschädigt/bedroht zu werden	
Veränderungen der Leistungsfähigkeit	
Geringe Belastbarkeit, vor allem bei Stress	
Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit	
Leistungsknick	
Veränderungen im sozialen Bereich	
Misstrauen	
Sozialer Rückzug, Isolation	
Probleme in Beziehungen	
Veränderungen der Interessen	
Plötzliche ungewöhnliche Interessen, zum Beispiel für Religiöses oder übernatürliche Dinge, Magie usw.	
Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens	
Ungewöhnliche Wahrnehmungen (z.B. Intensivierung oder Veränderung von Geräuschen oder Farben; Gefühl, man selbst oder die Umgebung sei verändert)	
Eigentümliche Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben, zum Beispiel Eigenbeziehungen (Patient bezieht alles auf sich); Gefühl, beobachtet zu werden, Beeinflussungserleben (Gefühl, andere könnten auf mich oder meine Gedanken Zugriff haben, mich kontrollieren, steuern)	

er ist «einfach nicht mehr der alte». Oft wird auch zunehmend deutlich, dass er seine bisherigen Rollen in Beruf, Partnerschaft und Familie nicht mehr erfüllen kann – es kommt zu einem sogenannten Knick in der Lebenslinie (Tab. 1 [2–6]).

**Verzögerung von Diagnose und Behandlung**

Leider wird die Erkrankung häufig erst viel zu spät erkannt. Im Durchschnitt verstreichen zwei bis fünf Jahre vom Beginn der Prodromalphase und etwa ein bis zwei Jahre vom Beginn der psychotischen Vorphase bis zur Erstdiagnose und zu einer stationären Behandlung (Tab. 2 [2–6]).

Die Ursachen dieser Verzögerung sind vielfältig. Zum einen beginnt die Erkrankung – wie erwähnt – häufig mit atypischen Prodromi, zum anderen besteht auf seiten der Patienten häufig grosses Misstrauen und zum Teil auch mangelnde Krankheitseinsicht, so dass sich diese gar nicht in Behandlung begeben. Häufig kommt es zu inadäquaten Heilungsversuchen im paramedizinischen Bereich, bei Homöopathen oder gar «Wunderheilern», was eine Diagnose und Behandlung noch weiter verzögert.

Aber auch wenn die Patienten mit dem medizinischen Versorgungssystem in Kontakt kommen, besteht bei manchen Ärzten nach wie vor eine gewisse Zurückhaltung, die Verdachtsdiagnose einer schizophrenen Psychose zu stellen. Dies wird oft mit dem Argument begründet, die Patienten nicht unnötig stigmatisieren zu wollen. Eine derartige Haltung scheint inzwischen allerdings nicht mehr adäquat. Denn einerseits tragen Ärzte und Therapeuten durch eine solche Reaktion zur weiteren Stigmatisierung bei. Die Erfahrung mit anderen stigmatisierenden Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen oder Aids hat ganz im Gegenteil gezeigt, dass ein offener Umgang sehr viel zur Entstigmatisierung beitragen kann. Schizophrene Psychosen sollten deshalb diagnostiziert und behandelt werden wie jede andere Krankheit auch. Nur so kann sie zu einer in der Gesellschaft akzeptierten Erkrankung werden.

Vor allem aber kann man keinesfalls mehr von einer «unnötigen» Frühbehandlung sprechen, da sich in den letzten Jahren sehr deutlich herauskristallisiert hat, wie wichtig eine frühe Intervention und Behandlung bei schizophrenen Psychosen ist – einerseits zur Verbesserung der Prognose der Erkrankung selbst, andererseits aber auch, um schwerwiegende soziale Folgen zu verhindern (siehe unten). Werden den Patienten die inzwischen doch sehr guten Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt (siehe unten), fällt die Aufklärung über die Erkrankung sehr viel leichter.

Tabelle 2. Verzögerung der Behandlung.

Studie	Patientenzahl	Dauer vom Beginn der ersten bis zur Behandlung (in Jahren)	Dauer vom ersten psychotischen Symptom bis zum Behandlungsbeginn (in Jahren)
Gross 1969, D [13]	290	3,5	–
Huber et al. 1979, D [14]	502	3,3	–
Lewine 1980, USA [15]	97	–	1,9
Häfner et al. 1991, D [2]	267	4,6	2,3
Haas & Sweeny 1992, USA [16]	71	–	3
Loebel et al. 1992, USA [17]	70	3	1
Beiser et al. 1993, CDN [18]	72	2,1	1
McGorry et al. 1996, AUS [19]	52 (61)	2,1	1,4
Larsen et al. 1996, N [20]	43	–	2,2
Ho et al. 2000, USA [21]	74	2,5	1,2
Norman et al. 2001, CDN [22]	113	3,3	1,2
Fuchs / Steinert 2000, D [23]	50	5	1,2
Malla et al. 2002, D [24]	88	2,4	0,9
Perkins et al. 2004, USA [25]	191	–	1,2
Melle et al. 2004, N [26]	281	–	0,9

## Folgen der beginnenden Psychose

Wie wir inzwischen wissen, hat schon die beginnende Erkrankung in ihrer unspezifischen Prodromalphase und ihrer noch undiagnostizierten Frühphase oft schwerwiegende Folgen. 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. Dadurch kommt es meist zu einer erheblichen Selbstwertkrise, was die Symptomatik noch weiter verstärken kann. Dies, einhergehend mit einer allgemeinen Irritierbarkeit, einer gestörten Kapazität der Informationsaufnahme und -verarbeitung, aber auch das krankheitsbedingte Misstrauen, 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 abgebrochen. Oft besteht auch in der Familie kein Verständnis für den plötzlichen Leistungsknick und den Rückzug des Patienten. Er wird als faul oder unwillig verkannt, wodurch es zu langanhaltenden schweren Krisen in der Familie kommen kann. Wird die Erkrankung nicht erkannt, ist eine häufige Folge etwa der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstelle; die Schule wird abgebrochen, möglicherweise auch die familiären Beziehungen. Ohne eigenes Einkommen besteht zum Teil die Gefahr des Abgleitens in die Wohnsitzlosigkeit. Als Bewältigungsverhalten kann es – vor allem bei Männern – zu Substanzmissbrauch, insbesondere zu Missbrauch von Alkohol oder Cannabis kommen. Nicht wenige Pa-

tienten suchen in dieser Zeit die Rettung in der Religion oder bei paramedizinischen «Wunderheilern», wodurch sie zum Teil in die Arme von Sekten geraten [4]. Die Erkrankung hat also schon in ihrer Frühphase mitunter schwerste Auswirkungen auf die verschiedenen sozialen Rollen, und zwar insbesondere in den Bereichen Partnerschaft und Ausbildung/Beruf (Tab. 3 [↔](#)), das heisst, die Verzögerung von Diagnose und Behandlung kann sehr ernste psychosoziale Folgen haben. Darüber hinaus kann eine verzögerte Behandlung den Krankheitsverlauf selbst negativ beeinflussen und zahlreiche andere nachteilige Auswirkungen für die Betroffenen und ihr Umfeld haben (Tab.4 [↔](#)).

## Frühd Diagnose

Aus den genannten Ausführungen ergibt sich klar, wie wichtig Früherkennung, Frühd Diagnose und Frühbehandlung sind. Je früher die Behandlung beginnt, desto besser ist nicht nur die Prognose der Erkrankung selbst, sondern desto eher lassen sich auch die negativen psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung vermeiden.

Tabelle 3. Bereiche der Beeinträchtigung (vgl. [4, 12]).

Selbstvertrauen
Kognitive und emotionale Entwicklung
Beziehungen: Partnerschaft, Familie, Freunde
Leistung: Ausbildung, Beruf
Finanzen: Einkommen, Wohnverhältnisse
Sozialverhalten: sozialer Rückzug, Drogenabusus usw.

## Erstkontakt

Häufig sind der Hausarzt, ein Lehrer, der Pfarrer oder andere Vertrauenspersonen die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer beginnenden Psychose. Die Art und die Qualität dieser Erstkontakte sind von entscheidender Bedeutung für den ganzen weiteren Verlauf, weshalb hier einige Grundregeln für dieses erste Gespräch genannt werden sollen (Tab. 5 .

Ganz wichtig ist, dass der Patient gerade im Erstkontakt die Scheu vor dem medizinischen Versorgungssystem verliert. Oberstes Ziel des Primärversorgers sollte *nicht* unbedingt die sofortige Klärung der Diagnose sein, sondern zunächst einmal die vorsichtige, vertrauensbildende Kontaktaufnahme. Denn eine gute therapeutische Beziehung ist nicht nur von eminenter Bedeutung für die weitere Compliance/Alliance und damit für die weitere Abklärung und Prognose solcher Erkrankungen, sondern auch für die Lebensqualität dieser vulnerablen Menschen.

Kontaktaufnahme und Kommunikation mit den Patienten können in diesem Stadium der beginnenden Erkrankung sehr schwierig sein. Viele Patienten haben – bedingt durch zahlreiche Ängste und die häufig vorhandene Minussymptomatik mit vermindertem Antrieb, desorganisiertem

Verhalten und Motivationsstörung – Schwierigkeiten, die Praxis aufzusuchen oder Termine einzuhalten. Auf solche Patienten sollte man bei Verdacht auf eine Psychose unbedingt aktiv zugehen, gegebenenfalls auch mit einem Hausbesuch. Falls Angehörige besorgt sind und der Patient sich weigert, in die Praxis zu kommen, sollte ein Hausbesuch geplant werden.

Mit fortschreitender Krankheit wird die Beziehungsaufnahme meist schwieriger, da der Patient zunehmend die sogenannte Krankheitseinsicht verliert, das heisst, er erkennt immer weniger, dass etwas mit *ihm* nicht stimmt, vielmehr wächst in ihm die Überzeugung, etwas sei gegen ihn im Gange. Entsprechend gross werden seine Ängste und sein Misstrauen. Schon am Anfang der Erkrankung besteht zunächst oft ein gewisses Misstrauen, das auch die Arzt-Patient-Beziehung stören kann. Hinzu kommen bei weiter fortgeschrittener Erkrankung Beziehungsprobleme und Verfolgungsideen. So kann es beispielsweise sein, dass der Patient glaubt, bestimmte Dinge würden speziell seinetwegen passieren, etwa um ihn zu schädigen. In dieses Denksystem kann er auch den Arzt mit einbeziehen, der, wenn er nicht aufpasst, schnell zum Verfolger wird. Wichtig ist deshalb, alles zu vermeiden, was das Misstrauen des Patienten wecken könnte. Nichts sollte heimlich hinter seinem Rücken geschehen. Bei notwendigen Schritten, wie einer Überweisung an den Psychiater, sollte er hierüber möglichst offen informiert werden.

Mit Einverständnis des Patienten sollten wenn immer möglich auch Angehörige befragt werden. Sie können oft Genaueres über die Veränderung des Patienten berichten. Wichtig ist ebenfalls, die Familienanamnese (Angehörige ersten oder zweiten Grades mit Schizophrenie) zu erheben, da die genetische Belastung das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, massgeblich beeinflusst.

## Diagnostik und allfällige Weiterverweisung

Sollte der Patient ein gewisses Risiko für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung zeigen oder aber schon an einer ausgeprägten Psychose leiden, ist es ratsam, ihn an einen Psychiater oder – wenn möglich – auch an ein spezialisiertes Früherkennungszentrum zu überweisen (vgl. z.B. die weiter unten genannte Adresse). Dabei ist aber darauf zu achten, dass der Patient dort auch «ankommt» und im weiteren Verlauf nicht im Betreuungsnetz «verlorengeht».

Eine Hilfe bei der Erfassung des Psychoserisikos geben Tabelle 1 sowie unsere Risikocheckliste [8] (kann auch bei den Verfassern angefordert werden). Viele der hier genannten unspezifischen Frühzeichen können selbstverständlich auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen. Spezifischere Hinweise sind aber

**Tabelle 4. Konsequenzen einer verzögerten Behandlung (Überblick bei [4, 7]).**

Verzögerte und unvollständige Besserung der Symptomatik
Kognitive Verschlechterung
Schlechtere Prognose der Erkrankung
Höhere Neuroleptikadosis
Geringere Compliance
Höhere (Re)Hospitalisierungsrate
Stärkere Belastung für die Familie
Höhere Behandlungskosten
Erhöhtes Risiko für Depression, Suizid, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Delinquenz
Stärkere Beeinträchtigung der psychologischen und sozialen Entwicklung sowie der Lebensqualität

**Tabelle 5. Regeln für den Erstkontakt.**

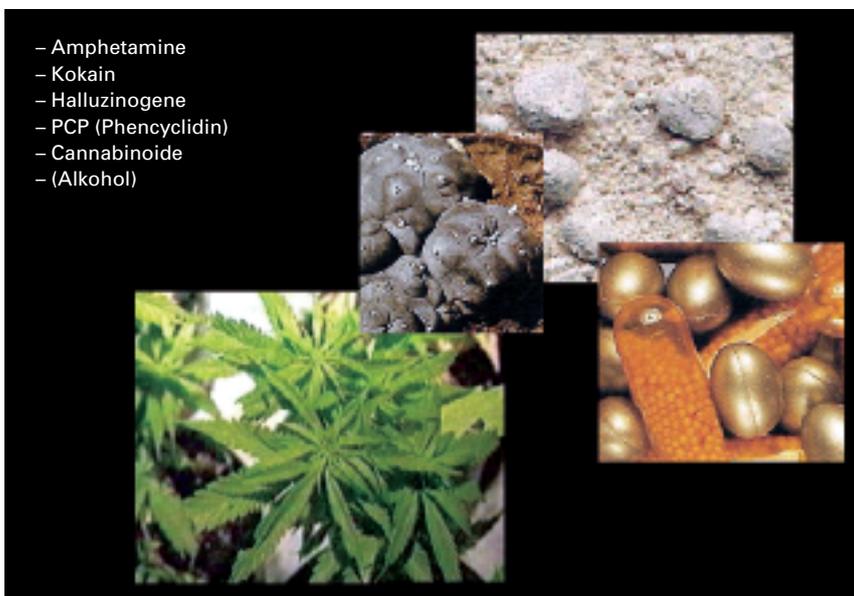
Vorsichtige, vertrauensbildende Kontaktaufnahme
Dem Patienten zuhören
Auf die (psychotische) Angst eingehen
Die Sichtweise des Patienten respektieren
Reduzierte Fähigkeit zur Informationsaufnahme und -verarbeitung beachten
Klares, eindeutiges, ehrliches Verhalten
Angemessene, klare, alltägliche Sprache
Informationen allmählich zusammentragen
Die Vorgehensweise vorsichtig erklären
Die Angst vor und den Widerstand gegenüber einer medizinischen Abklärung ernst nehmen, aber trotzdem auf eine solche hinwirken
Auf Suizidalität und gegebenenfalls Fremdgefährdung (z.B. bei psychotischer Angst) achten

zum Beispiel Misstrauen oder auch die Entwicklung von ungewöhnlichen Interessen, zunehmende kognitive Störungen (z.B. «Gedanken gehen durcheinander», «kann nicht mehr klar denken») mit anhaltender Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und schliesslich Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens.

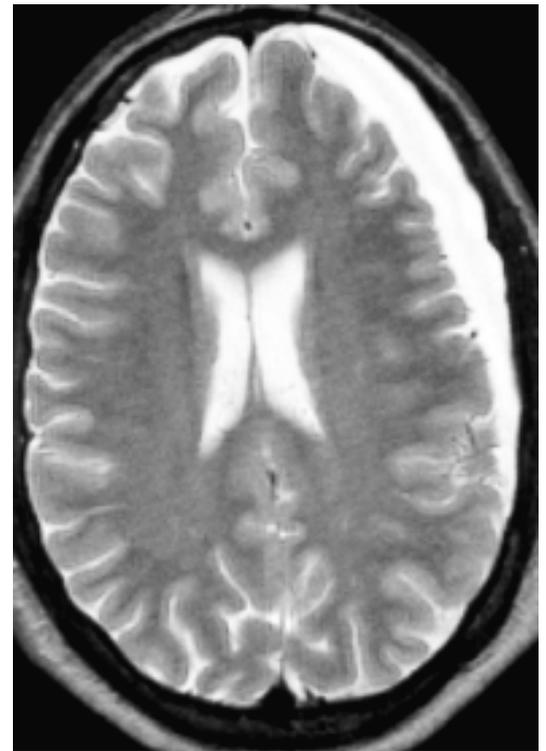
Von grösster Bedeutung ist in diesem Stadium auch die *Differentialdiagnose* bzw. der Ausschluss organischer oder exogener Ursachen der Psychose, die von einer drogeninduzierten Psychose bis zu Psychosen im Rahmen verschiedenster Leiden mit Gehirnbeteiligung reichen können. Dabei ist zu beachten, dass auch bei schizophrenen Psychosen Drogen häufig nur der *Auslöser*, nicht aber die eigentliche Ursache der Erkrankung sind. Schizophrenieähnliche Psychosen sollten also nur dann als «Drogenpsychose» betrachtet werden, wenn sie *ausschliesslich* in eindeutigen zeitlichem Zusammenhang mit einer Drogeneinnahme auftreten (Abb. 2 [9]). Die Symptome einer beginnenden Psychose können aber auch durch andere Erkrankungen imitiert werden. So konnten wir bei einem Patienten, der uns wegen einer Wesensveränderung mit sozialem Rückzug, Reizbarkeit und Misstrauen in die Früherkennungssprechstunde zugewiesen wurde, ein chronisches subdurales Hämatom diagnostizieren, was sofort operiert werden musste (Abb. 3 [9]).

### Zentren für Früherkennung

In vielen Ländern gibt es inzwischen auch sogenannte «Zentren für Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen». Deren Schwerpunkte sind neben der Öffentlichkeitsarbeit



**Abbildung 2**  
Mögliche Auslöser einer Psychose.



**Abbildung 3**  
MRI eines subduralen Hämatoms [9].

die umfassende ambulante Diagnostik und die Einleitung von Frühinterventionsmassnahmen. Dabei wird grösstmöglicher Wert auf einen «schonenden» Erstkontakt mit der Psychiatrie gelegt. Viele Zentren setzen auch «mobile Teams» ein, welche die Patienten bei Bedarf zu Hause aufsuchen. Im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit wird versucht, bei der Bevölkerung die Vorurteile gegen die Psychiatrie und auch gegen Psychosen abzubauen. Primärversorger werden in der Früherkennung von Psychosen und im Kontakt mit den entsprechenden Patienten geschult. Das erste Zentrum in der Schweiz wurde 1999 unter dem Namen «FEPSY» (*Früherkennung von Psychosen*) an der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel gegründet (Adresse siehe unten).

### Frühintervention

Nach Abschluss der Diagnostik durch den Facharzt erfolgt zunächst eine ausführliche Beratung des betroffenen Patienten und – sein Einverständnis vorausgesetzt – auch des überweisenden Kollegen. Gemeinsam mit dem Patienten wird dann ein Behandlungsplan erstellt, der soweit wie möglich den niedergelassenen Kollegen und die Angehörigen mit einbeziehen sollte. Manche Zentren, wie das an unserer Basler Poliklinik, bieten als Ergänzung dazu Frühinterventionsprogramme an. Das Behandlungskonzept, das heute wenn immer möglich auf ein ambulan-

tes Setting hinzielt, beinhaltet je nach Stadium der Krankheitsentwicklung bzw. Sicherung der Diagnose zunächst nur eine Beratung und unspezifische, supportive Massnahmen. Bei klarer psychotischer Dekompensation werden frühzeitig Neuroleptika (vorzugsweise atypische Neuroleptika in niedriger Dosierung), eine supportive Psychotherapie, meist auch Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und psychologische Trainingsprogramme eingesetzt, die zum Teil speziell für Ersterkrankte entwickelt wurden (Tab. 6, 7) (vgl. z.B. Edwards / McGorry [10]). Sowohl in der Beratung als auch in der Behandlung sollten die Betroffenen ganzheitlich, das heisst in ihrer gesamten Lebenssituation einschliesslich Ausbildung/Beruf, Familie/Partnerschaft, Freizeit, Finanzen und Wohnverhältnisse betrachtet werden. Dies setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Psychiatriepflegern, Rehabilitations- und Berufsberatern usw. voraus. Sehr viel Wert sollte insbesondere auf eine schnelle schulische/berufliche Reintegration gelegt werden (keine Krankschreibung «bis auf weiteres» oder ohne Behandlung und Reintegrationsmassnahmen!).

### Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der Verlauf schizophrener Psychosen hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Neue Behandlungsverfahren haben dazu geführt, dass viele Patienten wieder ein weitgehend normales Leben führen können. Noch immer gibt es aber zu viele Patienten mit ungünstigen Verläufen, bei denen es zu einer Chronifizierung und einer Frühberentung kommt. Die Früherkennung und Frühbehandlung von schizophrenen Psychosen könnten in dieser Hinsicht zu einer entscheidenden Verbesserung beitragen.

Erster Ansprechpartner dieser Patienten oder ihrer Angehörigen ist meist nicht der Psychiater, sondern der Hausarzt oder Allgemeinmediziner. Ihm fällt damit eine zentrale Rolle zu, ist er doch oft die erste Vertrauensperson für diese meist sehr verängstigten und misstrauischen Patienten. Häufig vermag nur er die heikle Gratwanderung zu bewerkstelligen, den Patienten einer-

**Tabelle 6. Formen der Therapie und Rehabilitation.**

Neuroleptika
Aufklärung/Psychoedukation
Psychotherapie
Psychologische Trainingsprogramme
Berufliche Rehabilitation
Soziale Massnahmen
Case Management/Assertive Community Treatment
Angehörigenarbeit

**Tabelle 7. Elemente der Therapie.**

Beratung
Support (Unterstützung)
Verhaltenstherapeutische und kognitive Techniken
Zur Reduktion kognitiver Defizite
Zur Verbesserung der sozialen Kompetenz
Zur Bewältigung der Emotionen
Psychoedukation
Cave: Unter-, aber auch Überstimulation vermeiden!

seits von der Notwendigkeit einer Abklärung und gegebenenfalls auch Behandlung zu überzeugen und ihn andererseits nicht noch mehr in eine misstrauisch-ablehnende Haltung zu treiben.

Dem Hausarzt obliegt letztlich oft die Hauptverantwortung für eine nachfolgende kontinuierliche Weiterbetreuung. Allzu häufig gehen solche Patienten im Abklärungsprozess oder während der Nachbehandlung «verloren» – oftmals kann hier nur der Hausarzt eine gewisse Kontinuität aufrechterhalten und wiederherstellen. Schliesslich kennt der Hausarzt wie kein anderer die familiäre und soziale Situation und kann hier Hilfesysteme (re)aktivieren.

Der Hausarzt spielt eine Schlüsselrolle in der Erkennung und Behandlung beginnender Psychosen.

### Früherkennungszentrum am Basler Universitätsspital

FEPSY (Früherkennung von Psychosen) – Sprechstunde an der Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital, Petersgraben 4, CH-4031 Basel, Tel. 061 265 50 40, Fax 061 265 45 88, <http://fepsy.uhbs.ch>, E-Mail: [fepsy@uhbs.ch](mailto:fepsy@uhbs.ch).

### Literatur

- Rössler W, Joachim SH, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:399–409.
- Häfner H, Riecher A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, et al. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991;59:343–60.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:380–6.
- Riecher-Rössler A. Die beginnende Schizophrenie als «Knick in der Lebenslinie». In: Schneider H, ed. *Lieben und Arbeiten – der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudenstadt. Heidelberg: Mattes Verlag; 1999. p. 23–40.
- Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;58–62.

- 6 Riecher A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, et al. Gender 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. II. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 1990. p. 14–33.
- 7 Riecher-Rössler A, Borgwardt S, Pflüger M, Aston J, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia – how early? *Acta Psychiatr Scand* 2006;429:73–80.
- 8 Aston J, Gschwandtner U, Riecher-Rössler A. Screening zur Früherkennung von Psychosen in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Forum* 2002;2:971–4.
- 9 Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Drewe M, Radü EW, Riecher-Rössler A. Chronisches subdurales Hämatom bei einem Patienten mit Verdacht auf Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 2004;75:691–3.
- 10 Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Dunitz; 2002.
- 11 Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;246:17–28.
- 12 Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, eds. Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München: Urban & Fischer; 2005. p. 522–33.
- 13 Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. In: Huber G, ed. Schizophrenie und Zykllothymie. Stuttgart: Thieme; 1969. p. 177–89.
- 14 Huber G, Gross, G, Schüttler R. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. *Monogr Gesamtgeb Psychiatr Psychiatry Ser* 1979;21:1–399.
- 15 Lewine RR. Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1980;50:316–22.
- 16 Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992;18:373–86.
- 17 Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183–8.
- 18 Beiser M, Erickson D, Fleming JA, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:1349–54.
- 19 McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305–26.
- 20 Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996;22:241–56.
- 21 Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808–15.
- 22 Norman RM, Townsend L, Malla AK. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br J Psychiatry* 2001;179:340–5.
- 23 Fuchs J, Steinert T. Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Einweisungswege und Dauer der unbehandelten Psychose bei erstmals stationär aufgenommenen Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70:40–5.
- 24 Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, et al. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res* 2002;54:231–42.
- 25 Perkins D, Lieberman J, Gu H, Tohen M, McEvoy J, et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br J Psychiatry* 2004;185:18–24.
- 26 Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143–50.

## Korrespondenz:

Prof. Dr. med. A. Riecher-Rössler  
 Psychiatrische Poliklinik  
 Universitätsspital  
 Petersgraben 4  
 CH-4031 Basel  
[arieber@uhbs.ch](mailto:arieber@uhbs.ch)