

Zur Bedeutung der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen

Andor E. Simon^{a, b}, Klaus Schmeck^c, Alain Di Gallo^d, Stefan Borgwardt^e, Jacqueline Aston^e, Binia Roth^d, Alexander Zimmer^a, Anita Riecher-Rössler^e

Quintessenz

- Wie viele andere psychische Erkrankungen beginnen auch Psychosen häufig in der Adoleszenz. Die Adoleszenz ist jener Lebensabschnitt, in welchem die Grundlagen für die privaten, sozialen und beruflichen Kompetenzen des späteren Erwachsenenlebens etabliert werden. Da Psychosen häufig mehrere Monate bis Jahre unerkannt und unbehandelt bleiben, resultieren sie in anhaltenden Einbussen dieser Kompetenzen.
- Häufig geht der psychotischen Erstepisode eine Prodromalphase voraus. Typische Charakteristika dieser Prodromalphase sind der Leistungsknick, z.B. in Schule, Ausbildung oder Beruf (sogenannter Knick in der Lebenslinie), sowie der oft damit einhergehende soziale Rückzug.
- Zur Operationalisierung der Prodromalphase stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, so die Basissymptome, die *ultra-high-risk*-Kriterien (UHR) sowie das BSIP (Basel Screening Instrument für Psychosen). Kombinierte klinisch-neurobiologische Voraussagemodelle umfassen neuropsychologische Parameter und den Einsatz bildgebender Verfahren.
- Jüngere Studien umfassen eine Population mit Symptomen, die möglicherweise Ausdruck eines geringeren Psychoserisikos sind und zum Kontinuum Psychose-ähnlicher Symptome gehören, welches auch in der gesunden Allgemeinbevölkerung, insbesondere in der Adoleszenz, beschrieben wurde.

Die differentialdiagnostische Abklärung von psychotischen Frühphasen stellt eine der grössten Herausforderungen der Psychiatrie dar. Spezialsprechstunden bieten das notwendige Expertenwissen, um eigentliche Risikozustände von Nicht-Risikozuständen, aber auch akute, vorübergehende von anhaltenden psychotischen Störungen zu unterscheiden, was für die Wahl der Behandlungsmethode ebenso entscheidend ist wie für die Vermeidung einer unnötigen Stigmatisierung, die mit allen Mitteln verhindert werden muss. Die Zusammenarbeit zwischen Spezialsprechstunden erlaubt zudem, dass eine genügend hohe Patientenzahl wissenschaftlich erfasst wird und Auswertungen eine ausreichende Aussagekraft haben.



Andor E. Simon

Einleitung

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Die Gruppe der Psychosen umfasst eine Vielzahl von Erkrankungen, die sich in ihrem Schweregrad und ihrem Verlauf unterscheiden. Insbesondere die schizophrenen Psychosen gehören zu den schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen überhaupt und kennzeichnen sich häufig durch ausgeprägte Einbussen der

sozialen Funktionsfähigkeit. Andere Formen der Psychosen wie die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen verlaufen günstiger. Immer aber führen Psychosen bei Betroffenen und ihren Angehörigen zu unermesslichem Leiden.

Wie viele andere psychische Erkrankungen beginnen auch Psychosen häufig in der Adoleszenz [1]. Die Adoleszenz ist jener Lebensabschnitt, in welchem die Grundlagen für die privaten, sozialen und beruflichen Kompetenzen des späteren Erwachsenenlebens etabliert werden. Da Psychosen häufig mehrere Monate bis Jahre unerkannt und unbehandelt bleiben [2], resultieren sie in anhaltenden Einbussen dieser Kompetenzen. So ist es nicht erstaunlich, dass sich die frühe Erkennung und Behandlung von Psychosen zu einer der wichtigsten Aufgaben der modernen Psychiatrie entwickelt hat, um einen solch ungünstigen Krankheitsverlauf möglichst zu verhindern. Dabei stellt aber gerade die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen normativen, entwicklungspezifischen Prozessen des Adoleszentenalters und einer eigentlichen psychotischen Entwicklung die Psychiatrie vor eine grosse Herausforderung.

Im vorliegenden Artikel geben wir nach einem kurzen Blick auf die Terminologie zunächst eine Übersicht über die Faktoren, die auf ein erhöhtes Psychoserisiko hinweisen, diskutieren deren Validität und besprechen Möglichkeiten, wie deren Voraussagekraft in Zukunft verbessert werden könnte. Daraus leiten wir zu einem zweiten Teil über, wo wir die wesentlichen Argumente zusammenfassen, weshalb spezialisierte klinisch-wissenschaftliche Dienste für Menschen mit beginnenden Psychosen unentbehrlich sind und ein zentraler Bestandteil der psychiatrischen Versorgung sein müssen. Abschliessend geben wir einen Überblick über psychiatrische Institutionen in der Schweiz, die sich der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen widmen, und stellen die entsprechenden Dienste in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Detail vor.

^a Externe Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft

^b Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern

^c Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) Basel

^d Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Basel-Landschaft

^e Allgemeine Psychiatrie ambulant/Psychiatrische Universitäts-poliklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, c/o Universitätsspital Basel

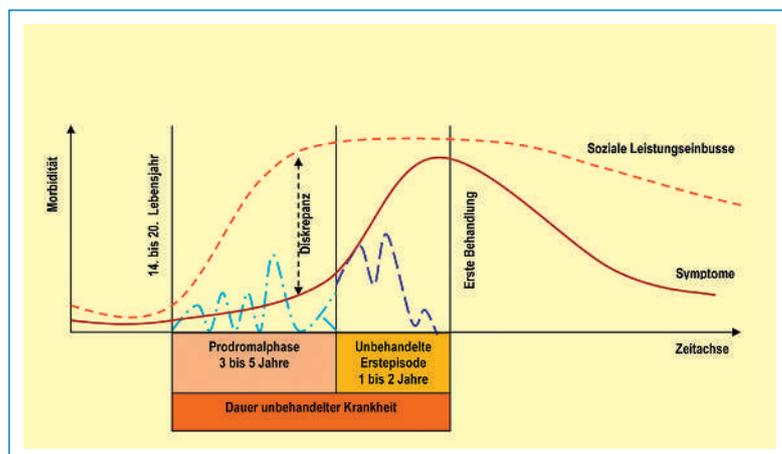


Abbildung 1. Die psychotischen Frühphasen.

Die durchgezogene braune Linie spiegelt einen in eine schizophrene Psychose mündenden Verlauf wider. Die gestrichelten blauen Linien stellen Variationen dar und sollen verdeutlichen, dass Individuen trotz vorübergehender Psychose-ähnlicher oder psychotischer Symptome einen günstigen Verlauf nehmen und remittieren können. Die gestrichelte rote Linie stellt die im Falle einer schizophrenen Frühphase oftmals beobachteten beträchtlichen Leistungseinbußen dar (hier entsprechen höhere Kurvenwerte gemäss der Morbiditätsachse schlechteren Leistungen).

Psychotische Frühphasen

Die Phase, die der psychotischen Erstepisode vorausgeht, wird Prodromalphase genannt (Abb. 1 ). Dieser Begriff ist umstritten, da er einen Zustand bezeichnet, der obligat von der eigentlichen Krankheit gefolgt wird. Die beginnende Psychose ist aber zunächst gekennzeichnet durch wenig spezifische Symptome, die nicht immer in eine Psychose münden, so dass ein solcher Zustand erst dann als prodromal beurteilt werden kann, wenn die Psychose tatsächlich eingetreten ist. Der Prodromalbegriff ist also ein retrospektives Konstrukt. Entsprechend werden in der Literatur häufiger Begriffe wie *at-risk mental state* oder *clinical high risk* verwendet.

Risikofaktoren

Verschiedene Charakteristika der Prodromalphase, die Risikofaktoren für eine psychotische Entwicklung sein können, sind beschrieben worden. Gut dokumentiert sind der Leistungsknick, z.B. in Schule, Ausbildung oder Beruf (sogenannter Knick in der Lebenslinie) [3], sowie der oft damit einhergehende soziale Rückzug [4]. Sie stellen früheste Phänomene der beginnenden Psychose dar und treten häufig vor der Manifestation erster Psychose-ähnlicher Symptome auf. Depressive und Angstsymptome wurden retrospektiv ebenfalls als frühe Zeichen der Prodromalphase beschrieben [4]. In der Operationalisierung der Prodromalphase haben sich in der Literatur verschiedene Konzepte durchgesetzt. Die Basissymptome beschreiben die frühe Prodromalphase und sind vom Patienten subjektiv erlebte Störungen der Wahrnehmung, der Affektivität und der Kognition [5]. Verschiedene Manuale stehen zur Erfassung der Basissymptome zur Verfügung [6–8]. Für ein-

zelne Basissymptome wurde eine gute prädiktive Stärke beschrieben, eine Psychose vorauszusagen [9, 10].

Für die Erfassung der späten Prodromalphase, die unmittelbar in die eigentliche Psychose überführt, werden heute weltweit die *ultra-high-risk*-Kriterien (UHR) verwendet [11, 12]. Dieses Konzept umfasst drei mögliche Risikogruppen: abgeschwächte psychotische, d.h. Psychose-ähnliche Symptome; kurzdauernde psychotische Episoden, die spontan remittieren; sowie ein Leistungsabfall in Kombination mit einer positiven Familienanamnese für Psychosen oder in Kombination mit einer schizotypen Störung. Während die Erstjahres-Transitionen in eine Psychose in frühen Studien bei über 50% lagen, sind sie in jüngeren Studien deutlich tiefer und liegen um 10% im ersten Jahr [13] und bei 35% nach 2,5 Jahren [14]. In der prospektiven Basler FePsy-Studie (Früherkennung von Psychosen) lag sie durchschnittlich nach 5,4 Jahren bei 34% [15].

In einzelnen Studien wurden die UHR-Kriterien mit den Basissymptomen kombiniert, um die gesamte Prodromalphase zu erfassen [16–18].

Das BSIP (**B**asel **S**creening **I**nstrument für **P**sychose) ist ein Screeninginstrument zur Anwendung bei Verdacht auf beginnende Psychose oder dem Verdacht eines Prodromalstadiums einer Schizophrenie. Es wurde konzipiert zur Anwendung in der klinischen Routine, um Individuen mit einer Psychose oder einem Risiko-Status zu identifizieren, welche in einem nächsten Schritt eine ausführliche Abklärung erhalten sollen [19] (siehe www.fepsy.ch).

Von hoher Bedeutung ist der Konsum von Drogen, insbesondere von Cannabis. Cannabis kann bei entsprechender Vulnerabilität eine psychotische Entwicklung begünstigen. Da der Cannabiskonsum heute bereits bei Jugendlichen eine hohe Prävalenz hat, besteht die Gefahr, dass Personen mit entsprechender Vulnerabilität heute früher eine Psychose entwickeln [20].

Eine Übersicht sogenannter *Red flags* der beginnenden Psychose bietet die Risikocheckliste für Psychosen [21], siehe Kasten 1.

Risikostatus und weiterer Krankheitsverlauf

Der Fokus der Untersuchung von Risikopatienten lag bislang auf der Beschreibung der klinischen und neurobiologischen Charakteristika jener Patienten, die im weiteren Verlauf eine Psychose entwickelten. Die sinkenden Transitionsraten werfen jedoch die Frage nach dem weiteren Verlauf all jener Patienten auf, die keine Psychose entwickeln. Nur wenige Studien beschreiben, bei wie vielen UHR-Patienten eine symptomatische Remission eintritt. Diese Remissionsraten lagen in zwei der zuletzt veröffentlichten Studien immerhin bei 52,4 [22] bzw. 54,3% [23], und eine Übersichtsarbeit von UHR-Studien zeigte, dass 76% aller UHR-Patienten keine Psychose entwickeln [24].

Wie lassen sich die sinkenden Transitionsraten erklären? Das in den letzten 15 Jahren weltweit steigende Angebot von Früherkennungs- und Behandlungszentren sowie die stete Sensibilisierung von Berufsgruppen einschliesslich Öffentlichkeitsarbeit haben zweifellos

Kasten 1. Risikocheckliste für Psychosen.

A. Symptome

- Ausgeprägte soziale Isolierung oder Zurückgezogenheit.
- Ausgeprägte Beeinträchtigung der Rollenerfüllung im Beruf, in der Ausbildung oder im Haushalt.
- Ausgeprägt absonderliches Verhalten, z.B. Sammeln von Abfällen, Selbstgespräche in der Öffentlichkeit oder Horten von Lebensmitteln.
- Ausgeprägte Beeinträchtigung bzw. Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Körperpflege.
- Abgestumpfter, verflachter oder inadäquater Affekt.
- Abschweifende, vage, verstiegene, unverständliche Sprache oder Verarmung der Sprache oder des Sprachinhalts.
- Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit kulturellen Normen übereinstimmen, z.B. Aberglaube, Hellseherei, Telepathie, «sechster Sinn», «andere können meine Gefühle spüren», überwertige Ideen, Beziehungsideen.
- Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, z.B. wiederholte Illusionen, die Anwesenheit einer in Realität nicht vorhandenen Kraft oder Person zu spüren (Jaspers: leibhaftige Bewusstheit).
- Erheblicher Mangel an Initiative, Interesse oder Energie.
- Mehrere Anzeichen wie Konzentrationsstörungen, Lockerung der Assoziation, Schlafstörungen, Depression, Appetit- und Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst.

B. «Knick» in der Lebenslinie

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

C. Psychische Erkrankungen in der Verwandtschaft

- Psychose in der Familie/Verwandtschaft bekannt oder zu vermuten.
- Psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie.

D. Drogen

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

E. Alter

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

Nach: Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. *Therapeutische Umschau*. 2007;64:337–43.

dazu beigetragen, dass unterdessen eine Patientenpopulation mit einem viel breiteren psychopathologischen Spektrum an Spezialeinrichtungen zugewiesen und in diesen abgeklärt wird. Daher umfassen jüngere Studien u.a. eine Population mit Symptomen, die möglicherweise Ausdruck eines geringeren Psychoserisikos sind und zum Kontinuum Psychose-ähnlicher Symptome ge-

hören, welches auch in der gesunden Allgemeinbevölkerung [25, 26], insbesondere in der Adoleszenz [27, 28], beschrieben wurde. Allerdings sind in der Adoleszenz Psychose-ähnliche Symptome nicht immer von entwicklungsspezifischen, normativen Phänomenen zu unterscheiden, weshalb der weitere Verlauf eines in diesem Lebensabschnitt diagnostizierten Risikostatus sehr sorgfältig beobachtet werden muss.

In einer der in diesem Zusammenhang am häufigsten zitierten Studien, der Geburtskohortenstudie in Dunedin (Neuseeland), waren Psychose-ähnliche Symptome im Alter von elf Jahren mit einem 16fach erhöhten Risiko assoziiert, bis zum Alter von 26 Jahren in eine schizophreniforme Störung zu münden [27]. Allerdings entwickelte die Mehrheit der in dieser Studie einbezogenen Patienten nie eine Psychose, sondern in den häufigsten Fällen waren die Psychose-ähnlichen Symptome transitorisch. Gerade halluzinatorische Phänomene sind bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit; sie sind häufig transitorisch [29] und nicht Ausdruck einer zugrunde liegenden psychotischen Störung [30]. Ähnlich zeigte eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse eine sehr hohe Remissionsrate von 75 bis 90% von Psychose-ähnlichen Symptomen bei Adoleszenten [26]. Hingegen scheint ein höheres Psychoserisiko bei Adoleszenten dann vorzuliegen, wenn Psychose-ähnliche Symptome persistieren [28]. Hier ist von besonderem Interesse, dass ein anhaltender UHR-Status nosologisch mit einer schizotypen Störung Gemeinsamkeiten aufweist: Einerseits wurden schizotype Störungen in der Adoleszenz mit einem erhöhten Psychoserisiko assoziiert [31], andererseits wurden aber Remissionen von einem initialen UHR-Status auch noch nach drei Jahren beschrieben [23].

In der Diskussion über die sinkenden Transitionsraten dürfen einige wichtige Gesichtspunkte nicht ausser Acht gelassen werden. Beispielsweise erfassen kürzere Beobachtungszeiträume nicht sämtliche Übergänge in Psychosen. Psychotische Entwicklungen bei UHR-Patienten wurden in einer Studie sogar nach 55 Monaten beobachtet [15], und in einer Studie mit einem Verlauf von 15 Jahren wurden psychotische Transitionen noch bis zu zehn Jahre nach Erstuntersuchung beschrieben [32]. Diese Daten werfen berechtigterweise die Frage auf, wie lange Patienten mit einem initialen UHR-Status weiter beobachtet werden müssen. Möglicherweise bedarf es gerade bei Patienten, die früh im Verlauf einer beginnenden Psychose erfasst werden, eines längeren Beobachtungszeitraums, um die Entwicklung zur manifesten Psychose wirklich zu erkennen.

Ebenso kann argumentiert werden, dass remittierende UHR-Symptome zu einem späteren Zeitpunkt wieder auftreten und sich erst dann zu psychotischen Symptomen weiterentwickeln. Ein solcher Verlauf wurde für die Basissymptome beschrieben: Bei 15% jener Patienten, die später eine Psychose entwickelten, traten Basissymptome zu einem früheren Zeitpunkt als Vorbotensymptome auf und remittierten zwischenzeitlich wieder [5].

Ob ein solcher Verlauf für die UHR-Kriterien übernommen werden kann, ist fraglich, denn er würde dem UHR-Konzept widersprechen, welches die unmittelbare Phase vor dem Übergang in eine Psychose

beschreibt und eine zwischenzeitliche Remission nicht vorsieht. Zudem wurde in zwei jüngeren Studien gezeigt, dass sich das Funktionsniveau dieser UHR-Patienten parallel zur Symptomremission verbesserte [22, 23], was im Falle einer regelrechten psychotischen Entwicklung nicht zu erwarten wäre, zumal anhaltende Funktionseinbussen zu den Kernphänomenen der psychotischen Entwicklung gehören [3, 4].

Kombinierte klinisch-neurobiologische Voraussagemodelle

Sowohl in einer nordamerikanischen [14] wie auch in einer europäischen Verbundstudie [16] konnte die Voraussage für eine psychotische Erkrankung durch eine Kombination von klinischen Variablen erhöht werden. Möglicherweise können Modelle, die zusätzlich klinische mit neurobiologischen Variablen kombinieren, die Voraussagekraft für eine psychotische Erkrankung weiter verbessern. In der bislang einzigen veröffentlichten Arbeit, die klinische mit neuropsychologischen Variablen kombinierte, konnte in der Basler FePsy-Studie gezeigt werden, dass der Einschluss eines Parameters zur Prüfung der Informationsverarbeitung die Voraussagekraft verbesserte [15].

Durch den kombinierten Einsatz klinischer Parameter und verschiedener bildgebender Methoden ist es möglich, die neurobiologischen Mechanismen (prä-)psychotischer Symptome bzw. der damit einhergehenden kognitiven Defizite und veränderten Hirnstrukturen und -funktionen zu untersuchen. Eine genaue Bestimmung der Mechanismen von strukturellen und neuronalen Veränderungen kann dazu beitragen, das Verständnis kognitiver Prozesse zu erweitern, die mit einer biologischen Anfälligkeit für psychotische Erkrankungen einhergehen. Es konnte insbesondere gezeigt werden, dass bereits vor Ausbruch der Psychose strukturelle und funktionelle Veränderungen in fronto-temporalen Hirnarealen bei Risikopersonen für Psychosen zu finden sind [33–36]. Wenn es dazu gelingt, neurobiologische Marker mit klinischen Effekten in Bezug zu setzen, kann dies dazu beitragen, die Früherkennung und -behandlung von Menschen mit Psychosen zu erleichtern.

Die Bedeutung spezialisierter Dienstleistungen und die Stellung der Wissenschaft

Die obige Diskussion macht deutlich, dass die heute zwecks Risikoabklärung an Spezialeinrichtungen zugewiesenen Patienten ein sehr breites Kontinuum von transitorischen und benignen bis hin zu ernsthaften und invalidisierenden Symptomen präsentieren. Gerade weil es sich dabei häufig um Jugendliche und junge Erwachsene handelt und entwicklungspezifische Phänomene dieser Lebensabschnitte nicht immer ohne weiteres von Psychose-ähnlichen Symptomen zu unterscheiden sind, ist eine äusserst sorgsame und detaillierte klinische Untersuchung unentbehrlich. Eine hohe differentialdiagnostische Herausforderung stellt zudem die Unterscheidung einer beginnenden Psychose von anderen psychiatrischen Syndromen dar, so

insbesondere von Zwangsstörungen [37], dissoziativen Störungen [38] oder Aufmerksamkeitsdefizitstörungen [39]. Spezialsprechstunden bieten den Vorteil, dass sie als regelmässig konsultierte Kompetenzzentren eine grosse Erfahrung vorweisen können. Der Austausch zwischen Spezialsprechstunden, wie er zwischen den FePsy- und Bruderholz-Spezialsprechstunden besteht und gefördert wird, trägt wesentlich zur steten Konsolidierung des Fachwissens bei.

Von zentraler Bedeutung ist sodann die Möglichkeit, dass Patienten in Spezialsprechstunden im weiteren Verlauf regelmässig nachuntersucht werden können. Gerade diese prospektiven Untersuchungen erlauben es, eigentliche Risikozustände von Nicht-Risikozuständen, aber auch akute, vorübergehende von anhaltenden psychotischen Störungen zu unterscheiden, was für die Wahl der Behandlungsmethode ebenso entscheidend ist wie für die Vermeidung einer unnötigen Stigmatisierung, die mit allen Mitteln verhindert werden muss. Da die exakte Dokumentation des Verlaufs in aller Regel die zusätzliche Schaffung von wissenschaftlichen Stellen erfordert und Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Auswertungen wiederum in weitere klinische Abklärungen zurückfliessen, ist die wissenschaftliche von der klinischen Erfassung von Risikopatienten kaum zu trennen. Die Zusammenarbeit zwischen Spezialsprechstunden erlaubt zudem, dass eine genügend hohe Patientenzahl wissenschaftlich erfasst wird und Auswertungen eine ausreichende Aussagekraft haben.

Spezialisierte Dienstleistungen in der Schweiz

Übersicht

Eine Übersicht sämtlicher psychiatrischer Dienste in der Schweiz, die sich in der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen spezialisiert haben, kann auf der Homepage des *Swiss Early Psychosis Project* (SWEPP; www.swepp.ch) eingesehen werden. Die Dienste unterscheiden sich durch ihr ambulantes oder stationäres Angebot und durch ihre Ausrichtung auf die Prodromalphase und/oder die erste psychotische Episode (Tab. 1 .

FePsy

Die Früherkennungssprechstunde für Psychosen, FePsy, wurde 1999 in der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel etabliert (Kasten 2). In diese Sprechstunde werden Patienten mit Verdacht auf beginnende Psychose oder dem Verdacht eines Prodromalstadiums einer Schizophrenie zugewiesen. Zu Beginn des Projekts wurde eine Serie von Vorträgen für Hausärzte, Mitarbeiter von sozialen Diensten und niedergelassene Psychiater durchgeführt. Seit mehreren Jahren steht für Laien und Fachleute eine Internetseite zur Verfügung, welche über mögliche Frühsymptome informiert; Risikochecklisten können heruntergeladen werden. Die Früherkennungssprechstunde wurde von Anfang an im Rahmen der Basler FePsy-Studie wissenschaftlich begleitet, mit dem Ziel, die Früherkennung und damit auch die rechtzeitige Behandlung von Psychosen zu verbessern [40]. Während der ersten vier

Tabelle 1. Spezialisierte psychiatrische Dienste in der Schweiz für psychotische Frühphasen.

Kanton	Website
AG	
Sprechstunde zur Abklärung psychotischer Frühphasen, Psychiatrische Klinik Königsfelden	www.pdag.ch
BE	
Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) Bern, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und Soteria Bern	www.be.ch/fetz
BL	
Spezialsprechstunde Bruderholz für psychotische Frühphasen, Externe Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft	www.kpd.ch
BS	
Früherkennungssprechstunde für Psychosen, Psychiatrische Universitätspoliklinik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätspoliklinik der UPK Basel	www.fepsy.ch
FR	
Intervention Précoce dans les Troubles Psychotiques (IPTP), Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	
GE	
Programme pour Jeune Adulte avec troubles psychiques DEbutants (JADE), Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève	www.hug-ge.ch
TG	
Frühe Psychosenstation (Station FP), Psychiatrische Klinik Münsterlingen	www.stgag.ch
VD	
Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques (TIPP), Département de Psychiatrie du CHUV, Lausanne	www.chuv.ch www.info-schizophrenie.ch
Equipe de psychiatrie mobile, Secteur Psychiatrique de l'Ouest (SPO), Nyon/Prangins	www.chuv.ch
Equipe mobile pour les jeunes adultes et adolescents, Secteur Psychiatrique Nord (SPN), Yverdon-les-Bains	www.chuv.ch
ZH	
Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich mit regionalen Früherkennungszentren: – Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland – Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich – Sanatorium Kilchberg	www.zinep.ch
Früherkennungssprechstunde für Psychosen (FES), Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland	www.ipw.zh.ch www.frueherkennung.ch

Jahre wurden 64 Risikopersonen, welche die oben erwähnten UHR-Kriterien erfüllten, in diese prospektive klinische Studie eingeschlossen und der Verlauf bis zu sieben Jahren beobachtet [15]. Als gute Prädiktoren für den späteren tatsächlichen Übergang in eine Psychose

wurden bestimmte attenuierte psychotische Symptome wie Misstrauen, Negativsymptomatik wie Rückzug von Freunden und bestimmte kognitive Defizite wie verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit gefunden [15]. Unter anderem wurde das oben erwähnte Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP) entwickelt als Fremdbeurteilungsinstrument [19], sowie das «Selbst Screen Prodrom», ein kurzes Selbstbeurteilungsinstrument zur Differenzierung zwischen Gesunden, Psychose-(Risiko-)patienten und Patienten mit anderen ICD-10-Diagnosen [41] (für die beiden Instrumente siehe www.fepsy.ch).

Spezialsprechstunde Bruderholz

Die Spezialsprechstunde Bruderholz ist Teil der Externen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft und wurde 2002 etabliert. Als sie sich 2004 zu einer Kooperation mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Basel-Landschaft zusammenschloss, war sie die erste Spezialsprechstunde für psychotische Frühphasen in der Schweiz, die Abklärungen als Kollaboration zwischen einem jugend- und einem erwachsenenpsychiatrischen Dienst anbot. Patienten ab dem 14. Lebensjahr mit einem Verdacht auf beginnende oder etablierte Psychose werden eingehend klinisch und neuropsychologisch untersucht. Ein wesentlicher Bestandteil der Spezialsprechstunde ist die regelmässige Sensibilisierung von Hausärzten [42, 43], da diese Berufsgruppe von Patienten mit beginnenden Psychosen am häufigsten erstkontaktiert wird [44]. Bislang wurde die Spezialsprechstunde Bruderholz ca. 700-mal kontaktiert, ca. 500 Patienten wurden eingehend abgeklärt, und zwischen 2003 und 2008 wurden 196 Patienten in eine prospektive Studie aufgenommen [45]. In der Regel finden die ersten Termine innerhalb von 72 Stunden nach Anmeldung statt (Kasten 2).

Danksagungen

Die Autoren danken Prof. Peter Tschudi, Vorsteher des Instituts für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel, für die Durchsicht des Manuskripts. Die Mitarbeiter der Spezialsprechstunde Bruderholz danken Dr. med. Emanuel Isler, ehemals Chefarzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Basel-Landschaft, für die langjährige Zusammenarbeit, und PD Dr. med. Daniel Umbricht für seine grossen Verdienste in der Bruderholz-Studie.

Kasten 2. Wie können Patienten in die Spezial-sprechstunden zugewiesen werden?

Früherkennungssprechstunde für Psychosen Basel

- Patienten bis 17 Jahre: Anmeldung an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätspoliklinik, Tel. 061 685 21 21
- Patienten ab 18 Jahren: Anmeldung an die Psychiatrische Universitätspoliklinik, Tel. 061 265 50 40

Spezialsprechstunde Bruderholz

- Patienten bis 17 Jahre: Anmeldung an den KJPD Bruderholz, Tel. 061 425 56 56
- Patienten ab 18 Jahren: Anmeldung an die EPD Bruderholz, Tel. 061 425 45 45

Korrespondenz:

PD Dr. med. Andor E. Simon
 Ärztlicher Leiter Spezialsprechstunde Bruderholz
 für psychotische Frühphasen
 Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz
 CH-4101 Bruderholz
andor.simon@kpd.ch

Empfohlene Literatur

- Cannon T, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multi-site study in North America. Arch Gen Psychiatry. 2008;65:28–37.
- Riecher-Rössler A, Pflueger MO, Aston J, Borgwardt SJ, Brewer WJ, Gschwandtner U, et al. Efficacy of using cognitive status in predicting psychosis: a 7-year follow-up. Biol Psychiatry. 2009;66:1023–30.

- Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, et al. Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP) : Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. Fortschr Neurol Psychiatr. 2008;76:207–16.
- Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, Linszen D, Umbricht D, de Haan L. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. Schizophr Res. 2011;132:8–17.
- Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, Wagner L, et al. Beginnende Schizophrenien in der hausärztlichen Praxis werden besser erkannt. Primary Care. 2011;11:27–9.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

CME www.smf-cme.ch

- 1.** Bei beginnenden Psychosen können Psychose-ähnliche Symptome wie Sinnestäuschungen isoliert oder kurzzeitig auftreten. Welche Aussage ist korrekt?
- A Sinnestäuschungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bedeuten immer, dass sich daraus eine Psychose entwickeln wird.
 - B Sinnestäuschungen sind in dieser Altersgruppe sehr selten.
 - C Sinnestäuschungen sind nicht immer Zeichen einer beginnenden Psychose, müssen aber stets ernst genommen und fachärztlich abgeklärt werden.
 - D Psychose-ähnliche Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen remittieren sehr selten und sind von dauerhaftem Charakter.
 - E Beim Auftreten von Psychose-ähnlichen Symptomen soll zugewartet werden, da es sich oft um transitorische Phänomene handelt.

- 2.** Ein 18-jähriger Patient meldet sich neu bei Ihnen an. Er stehe vor dem Auszug von zu Hause. Er berichtet, dass er schlecht schlafe und abends beim Einschlafen Schatten und «Gestalten» im Zimmer sehe. Welches der folgenden Indizien erlaubt es Ihnen *nicht*, Ihren Verdacht einer (beginnenden) Psychose zu erhärten?
- A Vorhandensein wahnhafter Ideen.
 - B Ein genetisches Risiko, d.h. positive Familienanamnese für eine Psychose.
 - C Sozialer Leistungsabfall.
 - D Sozialer Rückzug.
 - E Kopfschmerzen.

Zur Bedeutung der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen /

Importance du dépistage et du traitement précoces des psychoses

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
2. Riecher-Rössler A, Rechsteiner E, D'Souza M, von Castelmur E, Aston J. Dépistage et traitement précoce des psychoses schizophréniques – une mise à jour. *Forum Med Suisse* 2006;6:603-609.
3. Riecher-Rössler A. Die beginnende Schizophrenie als „Knick in der Lebenslinie“. In: Schneider H (Hrsg.) *Lieben und Arbeiten – Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudenstadt, Mattes Verlag, Heidelberg, 1999: 23-40.
4. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambricht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-118.
5. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med* 1989;80:646-652.
6. Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms - BSABS*. Berlin: Springer, 1987.
7. Schultze-Lutter F, Koch E. *Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY)*. Giovanni Fioriti, Rome, Italy, 2010.
8. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia Proneness Instrument (SPI-A)*. Giovanni Fioriti, Rome, Italy, 2007.
9. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer E, Schultze-Lutter F. Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:158-164.
10. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H, Steinmeyer EM, Ruhrmann S. Predicting First-Episode Psychosis by Basic Symptom Criteria. *Clin Neuropsychiatry* 2007;4:11-22.
11. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22:283-303.
12. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q* 1999;70: 273-287.
13. Nelson B, Yuen K, Yung AR. Ultra high risk (UHR) for psychosis criteria: are there different levels of risk for transition to psychosis? *Schizophr Res* 2011;125: 62-68.
14. Cannon T, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.

15. Riecher-Rössler A, Pflueger MO, Aston J, Borgwardt SJ, Brewer WJ, Gschwandtner U, et al. Efficacy of using cognitive status in predicting psychosis: a 7-year follow-up. *Biol Psychiatry* 2009;66:1023-1030.
16. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:241-51.
17. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:117-128.
18. Simon AE, Dvorsky DN, Boesch J, Roth B, Isler E, Schueler P, et al. Defining patients at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophr Res* 2006;81:83-90.
19. Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, et al. Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP) : Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76:207-16.
20. Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Umbricht DS. Cannabis et psychose. *Forum Med Suisse* 2004;4:636-639.
21. Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. *Therapeutische Umschau* 2007;64:337-343.
22. Simon AE, Umbricht D. High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. *Schizophr Res* 2010;116:168-172.
23. Velthorst E, Nieman DH, Klaassen RM, Becker HE, Dingemans PM, Linszen DH, et al. Three-year course of clinical symptomatology in young people at ultra high risk for transition to psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:36-42.
24. Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, Linszen D, Umbricht D, de Haan L. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophr Res* 2011; 132: 8-17.
25. Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol* 2005;44: 181-191.
26. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-195.
27. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1053-1058.
28. Dominguez M, Wichers M, Lieb R, Wittchen HU, van OJ. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophr Bull* 2011;37:84-93.
29. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Gruber K, Ouertani J, Zimmer A, Roth B, et al. Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: an outcome study. *Schizophr Res* 2009;108:265-271.
30. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, vanOs J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2002;Suppl. 43:s10-s18.

31. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the north american prodrome longitudinal study. *Schizophr Bull* 2009;35:894-908.
32. Yung A, Nelson B, Yuen HP, Spiliotacopoulos D, Lin A, Simmons M, Bruxner A, Broussard C, Thompson A, McGorry P. *Schizophr Bull* 2011 ;37 (suppl. 1):22-23.
33. Borgwardt SJ, Riecher-Rössler A, Dazzan P, Chitnis X, Aston J, Drewe M, et al. Regional grey matter abnormalities in the At Risk Mental State. *Biol Psychiatry* 2007; 61:1148-56.
34. Borgwardt SJ, McGuire P, Aston J, Gschwandtner U, Pflueger M, Stieglitz RD, et al. Reductions in frontal, temporal and parietal volume associated with the onset of psychosis. *Schizophr Res* 2008;106: 20-26.
35. Smieskova R, Fusar-Poli P, Allen P, Bendfeldt K, Stieglitz RD, Drewe J, et al. Neuroimaging predictors of transition to psychosis – A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010;34:1207-1222.
36. Smieskova R, Allen P, Simon A, Aston J, Bendfeldt K, Drewe J, et al. Different duration of at-risk mental state associated with neurofunctional abnormalities – A multimodal imaging study. *Human Brain Mapping* 2011, in press.
37. Frommhold K. Zwang und Schizophrenie. Eine kritische Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2006;74;32-48.
38. Moskovitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester/UK, 2008.
39. Bellak L, Kay SR, Opler LA. Attention deficit disorder psychosis as a diagnostic category. *Psychiatr Dev* 1987; 5:239-63.
40. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, et al. The Basel early detection of psychosis FEPSY Study –design and preliminary results. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:114-125.
41. Kammermann J, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A. „Selbstscreen-Prodrom“- Ein Selbstbeurteilungsbogen zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009 ;72: 278-284.
42. Simon AE, Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher, et al. Prodromal schizophrenia in primary care: a randomised sensitisation study. *Br J Gen Pract* 2010;60:353-359.
43. Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, Wagner L, et al. Amélioration du diagnostic des schizophrénies débutantes au cabinet médical. *Primary Care* 2011;11:27-29.
44. Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:967-974.
45. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Zmilacher S, Arbach D, Gruber K, Dvorsky DN, et al. Cognitive functioning in the schizophrenia prodrome. *Cognitive functioning in the initial schizophrenia prodrome. Schizophr Bull* 2007;33:761-771.