

Die psychotische Frühphase: eine psychopathologische Schatztruhe

Psychosen gehören zu den schwerwiegendsten Erkrankungen überhaupt. Um den Verlauf günstig zu beeinflussen, wird heute versucht, Psychosen möglichst früh zu erkennen, um entsprechend früh intervenieren zu können. Die Erkennung eines Psychoserisikos stellt jedoch eine sehr hohe differenzialdiagnostische Herausforderung dar.

Andor E. Simon



Andor E. Simon

Die frühe Erkennung und Behandlung von psychotischen Erkrankungen hat sich in den letzten 15 Jahren zu einem der populärsten Bereiche der modernen Psychiatrie entwickelt. Damit wird dem heute in der Medizin ubiquitär vertretenen Paradigma gefolgt, dass Krankheiten möglichst früh erkannt werden sollen, um entsprechend früh intervenieren zu können. Dieser Anspruch ist gerade bei psychotischen Erkrankungen nachvollziehbar, da diese häufig zu schweren Einbußen im privaten und beruflichen Leben führen.

Risikokriterien

Die Untersuchung der Phase, die einer eigentlichen psychotischen Erstepisode vorausgeht, erfolgte zunächst retrospektiv bei Erstepisoden-Patienten (1) sowie prospektiv in Langzeitstudien bei Individuen mit einem genetischen Psychoserisiko (Vorkommen von Psychosen in der Familienanamnese [2]). Aus diesen Erkenntnissen wurden Kriterien erarbeitet, um die Phase vor der Erstepisode zu operationalisieren. Es haben sich heute weltweit vor allem die sogenannten UHR-(Ultra-Hoch-Risiko-)Kriterien durchgesetzt (3, 4). Diese umfassen drei mögliche Risikogruppen (Kasten 1), wobei die sogenannten abgeschwächten psychotischen Symptome am häufigsten vorkommen.

Breites Risikokontinuum

In den frühen prospektiven Studien, welche die Voraussagekraft dieser UHR-Kriterien untersuchten, konnte innerhalb des ersten Jahres in mehr als 50 Prozent der Patienten ein Übergang in eine psychotische Erstepisode festgestellt werden. In jüngeren Studien sind diese sogenannten Transitionsraten deutlich zu-

rückgegangen und bewegen sich heute innerhalb des ersten Jahres um zirka 10 Prozent. Eine Übersichtsarbeit zeigte überdies, dass es in 76 Prozent aller UHR-Patienten nicht zu einer psychotischen Entwicklung kommt, und dass in etwa der Hälfte der Fälle die UHR-Symptome im weiteren Verlauf sogar wieder verschwinden (5). Dieses Phänomen dürfte auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein: Es wird diskutiert, dass Patienten heute früher, also in jüngerem Alter, zugewiesen werden, und dass die Beobachtungszeiträume möglicherweise zu kurz ausfallen, um psychotische Entwicklungen zu erfassen. Ob zusätzlich verbesserte Behandlungsmethoden zur Reduktion der Übergangsraten beitragen, ist kaum zu beurteilen. Alleine der Umstand, dass Patienten gründlich abgeklärt werden, auf ihre Beschwerden eingegangen wird und die Angehörigen Beratung erhalten, könnte sich günstig auf den Verlauf auswirken. Allerdings müsste man sodann in Langzeituntersuchungen einen Rückgang von psychotischen Ersterkrankungen feststellen können, was bislang aber nicht der Fall war.

Der wahrscheinlichste Grund für den Rückgang der Übergangsraten dürfte mit der weltweiten Popularität der Früherkennung von Psychosen zusammenhängen. Diese hat ohne Zweifel dazu geführt, dass heute in spezialisierten Einrichtungen nicht nur Patienten mit einem eigentlichen und teilweise hohen Psychoserisiko gesehen werden, sondern auch solche, bei denen ein Beschwerdebild oder eine Verhaltensauffälligkeit, welche möglicherweise kein oder allenfalls nur ein geringes Psychoserisiko abbilden, sicherheitshalber im Sinne einer Ausschlussdiagnostik zu einer Zuweisung führen. Dabei ist zu beachten, dass psychoseähnliche Symptome in der gesunden Allgemeinbevölkerung nicht so selten sind, und dass sie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen oftmals nur vorübergehend vorkommen (6, 7).

Risikostatus und der Schizophreniebegriff

Gerade dieser letzte Punkt verdient eine gründlichere Würdigung. Obwohl heute allgemein von der frühen Erkennung und Behandlung von Psychosen gesprochen wird, so werden hiermit häufig zur Hauptsache die schizophrenen Psychosen gemeint. Dabei werden zahlreiche andere psychotische Erkrankungen, so zum Beispiel die manisch-depressiven Psychosen, die wahnhaften Störungen oder auch die akuten vorüber-

Kasten 1:

UHR(Ultra-Hoch-Risiko-)Kriterien

1. Abgeschwächte psychotische Positivsymptome: zum Beispiel unausgeformte Sinnestäuschungen, überwertige oder wahnhaft anmutende Ideen
2. Kurz dauernde, vorübergehende psychotische Symptome
3. Kombination einer positiven Familienanamnese für Psychosen und eines Absinkens des Funktionsniveaus

Kasten 2:**Mögliche frühe Zeichen und Risikofaktoren einer beginnenden Psychose**

- Leistungseinbussen in der Schule, in der Lehre, im Studium oder im Beruf
- Sozialer Rückzug
- Verändertes, manchmal evtl. auch bizarr anmutendes, aber auch suizidales Verhalten
- Patienten erleben sich verändert, manchmal werden Patienten auch von ihren Angehörigen als verändert erlebt
- Angaben über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Unausgeformte oder einzelne ausgeformte Sinnestäuschungen
- Überwertige oder wahnhaft anmutende Ideen
- Angaben über Denkschwierigkeiten, die manchmal auch objektiv festgestellt werden können
- Drogenkonsum, insbesondere von Cannabis, beachten!
- Häufiges Ersterkrankungsalter: Jugend bis junges Erwachsenenalter (14–30 Jahre)
- Positive Familienanamnese für Psychosen

gehenden psychotischen Störungen unwillentlich ausgeklammert. Dieses Phänomen findet seine Parallele im wissenschaftlichen Gebrauch des Schizophreniebegriffs: Es wird auch heute noch – obwohl sich die Psychiatrie darin einig ist, dass es verschiedene Syndrombilder und Verlaufsformen gibt – von der Schizophrenie schlechthin und nicht von verschiedenen schizophrenen Psychosen gesprochen. So werden in wissenschaftlichen Arbeiten die schizophrenen Psychosen häufig als einheitliche Gruppe zusammengefasst, die als Schizophrenie betitelt wird. Dass dabei die Diversität der klinischen Symptome auf ein Minimum und eine sehr breite Heterogenität auf eine simple Homogenität reduziert wird, für welche sodann Zusammenhänge mit neurobiologischen Variablen berechnet werden, wird scheinbar kommentarlos in Kauf genommen.

So erstaunt nicht wirklich, dass die UHR-Kriterien, die in enger Anlehnung an die manifeste psychotische Symptomatik entwickelt wurden, nicht selten in reduktionistischem Stile verwendet werden: Sind die Kriterien erfüllt, liegt ein Risiko für eine Schizophrenie vor, sind sie nicht erfüllt, liegt kein Risiko vor. Dabei vergisst man gerne, dass der Schizophreniebegriff selbst in den letzten 100 Jahren seit seiner Einführung durch Eugen Bleuler immer wieder neu definiert wurde. Als dessen Hauptwerk «Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien» (1911) Jahrzehnte später in die englische Sprache übersetzt wurde und so auch der damals stark psychoanalytisch ausgerichteten Psychiatrie Nordamerikas fortan zur Verfügung stand, wurde dort die Schizophreniediagnose sehr breit und wenig spezifisch angewendet. Ein Vergleich zwischen den USA und Grossbritannien anfangs der Siebzigerjahre (8) zeigte in der Folge, dass in den USA deutlich mehr Menschen mit einer Schizophrenie diagnostiziert wurden, worauf eine klarere, operationalisierbare Definition der Schizophrenien gefordert wurde. Dies trug entscheidend zur Entwicklung der diagnostischen Manuals wie das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, American Psychiatric Association) und das ICD (International Statistical Classification of

Diseases and Related Health Problems, WHO) bei, in welchen die Kriterien gemäss Kurt Schneider (9), die ein viel engeres Symptomenspektrum erfassten, bis heute eine zentrale Rolle spielen. Während damit verhindert wurde, dass Patienten als schizophren definiert wurden, bei denen diese Krankheit nicht vorlag, so hatte diese Reduktion unübersehbar zur Folge, dass das breite Spektrum schizophrener und schizophrenieähnlicher Symptome beziehungsweise das Kontinuum von benignen, schizophrenieähnlichen Symptomen bis hin zu ernsthaften, regelrechten schizophrenen Symptomen durch eine Dichotomisierung ersetzt wurde, die kaum immer die zugrunde liegenden Störung sein kann.

Die Gefahr der reduktionistischen Psychopathologie als Zeichen der Zeit

Die Gefahr einer reduktionistischen Diagnostik besteht aber nicht nur im Bereich der Psychosen, sondern auch in anderen Bereichen der Psychiatrie. Beinahe als Musterbeispiel dienen hierfür die sogenannten Anpassungsstörungen, die in den psychiatrischen Institutionen wohl zu den am häufigsten verwendeten Diagnosen gehören. Sie lassen sich weitgehend problemlos über zahlreiche psychiatrischen Diagnosen stützen und entrauben dem psychiatrischen Konsiliarius seiner Pflicht und mit der Zeit auch seiner Gabe, die zugrunde liegende, innerpsychische Struktur des Patienten zu erfassen, die es ja erst ermöglichte, klinisch manifeste Symptome zu entwickeln. In einer Zeit, da Administrativeaufgaben die Zeit für die gründliche klinische Erfassung und Erforschung der von Patienten präsentierten Beschwerdebilder immer mehr streitig machen, scheinen aber Diagnosekonzepte wie die Anpassungsstörungen willkommen, obwohl sie lediglich eine simple, deskriptive Annäherung darstellen und die Reichhaltigkeit der Psychopathologie sowie der individuellen Psychostruktur nicht abzubilden vermögen.

Nicht immer gehören psychoseähnliche Symptome zu einer Psychose

In der Beurteilung von möglichen psychotischen Frühphasen ist man gut beraten, von einem solchen Reduktionismus abzusehen. Erstens können einzelne Symptome, die in einer Psychose beziehungsweise einer psychotischen Frühphase vorkommen, wie erwähnt auch in der gesunden Allgemeinbevölkerung, aber auch bei Kindern und Jugendlichen in belasteten Lebensabschnitten vorkommen. Als Beispiel seien hier Sinnestäuschungen genannt (10). Eine voreilige Zuteilung zu einem Psychoserisiko oder gar zu einer psychotischen Erkrankung birgt die enorme Gefahr einer unbedingt zu vermeidenden Stigmatisierung und einer unnötigen medikamentösen Behandlung. Zweitens können Symptome auch in anderen psychiatrischen Diagnosebildern vorkommen und sind nicht immer spezifisch für eine beginnende oder etablierte Psychose. Beispielsweise kommen Derealisation und Depersonalisation längst nicht nur in der sich entwickelnden und etablierten Psychose vor. Drittens folgt daraus, dass verschiedene Störungen einzelnen Symptomen zugrunde liegen können, sodass wir es nicht selten mit sogenannten Kontinuen zu tun haben, die von nichtpsychotischen bis hin zu psychotischen Stö-

rungen reichen. In solchen Fällen stellt die differenzialdiagnostische Beurteilung eine sehr grosse Herausforderung dar. Beispielsweise werden nicht selten Patienten an Spezialsprechstunden zugewiesen, die über Zwangsgedanken berichten, deren Abgrenzung von eigentlichen Wahngedanken nicht immer einfach ausfällt, was aber die Wahl der Behandlung entscheidend beeinflusst (11). Gelegentlich findet sich auch ein klinisches Bild, welches tatsächlich sowohl Zwangs- als auch Wahngedanken umfasst. Ähnliche Kontinuen ergeben sich zum Beispiel zwischen dissoziativen Störungen, Aufmerksamkeitsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen einerseits und den Psychosen andererseits.

Daraus lässt sich folgern, dass ein Symptom oder ein Symptomenbild, welches rein nosologisch einen Risikostatus bedeuten kann, nicht immer ein tatsächliches Psychoserisiko abbildet.

Die Bedeutung der vertieften psychopathologischen Abklärung

Diese Diskussion zeigt auf, dass wir es bei Zuständen, die uns zunächst als mögliche beginnende Psychosen zugewiesen werden, in aller Regel mit einem äusserst breit gefächerten Symptomenbild zu tun haben. Entsprechend breit fällt die psychopathologische Abklärung aus und erfordert häufig die gezielte Befragung, da Patienten mit beginnenden oder etablierten Psychosen manchmal ihr innerpsychisches Erleben nicht spontan offenbaren. Beispielhaft sind hier die sogenannten wahnhaften Personenverkennungen mit ihren faszinierenden Syndromen, deren Prävalenz in Kombination mit schizophrenen Psychosen in der Literatur mit einer auffallend breiten Varianz angegeben wird. Letztere dürfte aber hauptsächlich davon abhängen, ob aktiv und gezielt nach diesen Syndromen gefragt wird.

Hand in Hand mit der differenzialdiagnostischen Beurteilung geht das genaue Studium des Krankheitsverlaufs. Erkenntnisse über den Verlauf geben wichtige Aufschlüsse über die Prognose und den Schweregrad der Erkrankung. Handelt es sich um einen akuten Beginn von Symptomen ohne Hinweis auf einen schleichenden Verlauf und ohne Einbussen des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus, gilt als Faustregel ein prinzipiell benigner Verlauf. Die exakte Erhebung allfälliger Symptome, aber auch des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus vor dem Beginn der ersten psychoseähnlichen beziehungsweise psychotischen Symptome nimmt daher einen ebenso zentralen Stellenwert in der Abklärung ein (Kasten 2).

Aber auch der weitere Verlauf der Symptome interessiert uns. Transitorische Symptome kommen ebenso wie persistierende Symptome vor. Gerade zur Beurteilung der Prognose von psychotischen Erstepisoden ist das Studium des weiteren Symptomenverlaufs von hoher Bedeutung: Hier gilt es, länger dauernde von kurz dauernden, akuten psychotischen Störungen zu unterscheiden. Letztere entsprechen in aller Regel den sogenannten zyklischen Psychosen (12, 13) und dauern zwischen Wochen und mehreren Monaten, kennzeichnen sich durch ein intaktes Funktionsniveau im symptomfreien Intervall und bedürfen im Allgemeinen keiner antipsychotischen Rückfallprophylaxe.

Kasten 3:

Spezialsprechstunden in der Schweiz

siehe www.SWEPP.ch unter «Experten in Ihrer Region»

Der Reichtum der Psychopathologie

Die Vielfalt der differenzialdiagnostischen Herausforderungen in der Abklärung psychotischer Frühphasen macht deutlich, dass hierfür Spezialsprechstunden erforderlich sind. Spezialsprechstunden bieten den Vorteil, dass sie regelmässig kontaktiert werden, sowohl im Quer- wie auch im Längsschnitt Beurteilungen vornehmen und somit über Jahre hinweg reichhaltige Erfahrungen sammeln können (Kasten 3). Die Gefahr, dass ein Risikozustand übersehen und einer anderen Störung zugeordnet wird (falsch-negative Fälle), oder dass ein Risikozustand fälschlicherweise als beginnende Psychose beurteilt wird (falsch-positive Fälle), ist in diesem Bereich der Psychiatrie immanent. Mit anderen Worten: Ein Risikozustand für eine psychotische Störung kann schon deshalb einen Risikozustand bedeuten, weil er nicht fachgerecht abgeklärt und zum Opfer einer reduktionistischen Herangehensweise wird. Es bleibt zu hoffen, dass trotz der aktuellen, grundlegenden gesundheitspolitischen Neuerungen der Wert der differenzierten und exakten psychopathologischen Abklärung wieder besser erkannt wird. Vorbilder für eine detaillierte Psychopathologie gibt es eine Vielzahl (12–15). Eine solche erfordert Zeit, nicht nur im direkten Kontakt mit dem Patienten, sondern bei der Lektüre und im Austausch mit Berufskollegen. Nur so kann der Reichtum, den uns die Psychopathologie der beginnenden Psychose immer wieder aufs Neue anbietet, überhaupt erkannt und geschätzt und sodann in Bezug zu neurobiologischen Korrelaten (16) gebracht werden.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Andor E. Simon

Externe Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft und
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern
Ärztlicher Leiter Spezialsprechstunde Bruderholz
für psychotische Frühphasen

Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz

4101 Bruderholz

Tel. 061-425 45 45

Fax 061-425 45 46

E-Mail: andor.simon@kpd.ch

Referenzen:

- Häfner H, et al.: Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 105–118.
- Asarnow JR: Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophrenia Bulletin* 1988; 14: 613–631.
- Yung AR, et al.: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 283–303.
- Miller TJ, et al.: Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly* 1999; 70: 273–287.
- Simon AE, et al.: Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophrenia Research* 2011, in press.
- van Os J, et al.: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 2009; 39: 179–195.
- Dominguez M, et al.: Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37: 84–93.
- Kendell RE, et al.: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry* 1971; 25: 125–130.

9. Schneider K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.
10. Simon AE, et al.: Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: an outcome study. *Schizophrenia Research* 2009; 108: 265–271.
11. Frommhold K.: Zwang und Schizophrenie. Eine kritische Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie* 2006; 74; 32–48.
12. Kleist K.: Über zyklode, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1928; 23: 3–37.
13. Leonhard K.: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003.
14. Wernicke C.: Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Thieme, Leipzig 1900.
15. Conrad K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1958.
16. Strik W, Dierks T.: Biologische Psychopathologie. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2011.