

FIT – Eine Frühinterventionstagesklinik für transdiagnostische psychiatrische Behandlung in der Adoleszenz

Die psychiatrische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist durch die besondere Herausforderung gekennzeichnet, dass klinisch relevante psychische Beeinträchtigungen in der Adoleszenz häufig noch keiner klaren diagnostischen Kategorie zugeordnet werden können. Neben der ohnehin begrenzten Reliabilität psychiatrischer Diagnosen erschweren entwicklungsbedingte Dynamiken mit häufig unspezifischer und fluktuierender Symptomatik eine valide Diagnosestellung in der Adoleszenz. Am Beispiel des so genannten Psychosehochrisikos wird das Spannungsfeld zwischen Nutzen und Risiken der Früherkennung und -intervention psychischer Erkrankungen aufgezeigt. Während Frühinterventionsprogramme insgesamt positive Effekte auf funktionelle Outcomes zeigen, ist die prädiktive Validität früher Risikodiagnosen begrenzt. Ausserdem sind potenzielle negative Effekte wie Stigmatisierung, Verunsicherung und Überbehandlung zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund wird ein neuer transdiagnostischer tagesklinischer Behandlungsansatz vorgestellt, der auf eine syndrom- und problemorientierte statt primär diagnosebasierte Versorgung abzielt. Die an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel etablierte Frühinterventionstagesklinik (FIT) bietet ein interdisziplinäres, teilstationäres Behandlungssetting für 15- bis 25-Jährige mit beginnenden psychischen Störungen. Im Fokus stehen individualisierte Therapieplanung, Förderung von Autonomie und Selbstwirksamkeit sowie die Integration psychotherapeutischer, pharmakologischer und soziotherapeutischer Interventionen. Das Konzept adressiert damit gezielt diagnostische Unsicherheiten und entwicklungsbezogene Anforderungen der Adoleszenz.

von Philipp Sterzer

Einleitung

Die psychiatrische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bringt die besondere Herausforderung mit sich, dass psychische Probleme trotz Vorliegen einer klinisch relevanten Beeinträchtigung in der Adoleszenz häufig (noch) keiner klaren diagnostischen Kategorie zugeordnet werden können. Zusätzlich zu der ohnehin bestehenden Schwierigkeit der eingeschränkten Reliabilität psychiatrischer Diagnosen stellt sich in der Adoleszenz das Problem, dass sich psychische Symptome in dieser Entwicklungsphase oftmals noch nicht in Form klar abgrenzbarer Störungsbilder manifestieren. Zudem unterliegen sie im weiteren Entwicklungsverlauf häufig noch erheblichen Veränderungen.



Philipp Sterzer

(Foto: Heidi Scherrm)

Die Vergabe psychiatrischer Diagnosen kann in dieser Lebensphase ambivalente Effekte entfalten. Einerseits kann sie eine klare klinische Einordnung sowie einen frühzeitigen Zugang zu spezifischen Behandlungsangeboten ermöglichen. Andererseits besteht die Gefahr unerwünschter Effekte im Sinne eines diagnostischen «Labellings», das mit Stigmatisierung und potenziell ungünstigen Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung verbunden sein kann.

Im vorliegenden Beitrag werden die mit psychiatrischer Diagnosestellung in der Adoleszenz verbundenen Herausforderungen ausgehend vom Beispiel beginnender psychotischer Erkrankungen dargestellt. Als möglicher Ansatz für einen konstruktiven Umgang mit diesen Herausforderungen wird ein neues tagesklinisches Behandlungskonzept für die transdiagnostische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit beginnenden psychiatrischen Erkrankungen vorgestellt.

Herausforderungen der Früherkennung psychiatrischer Erkrankungen am Beispiel des Psychosehochrisikos

Etwa drei Viertel aller psychischen Erkrankungen manifestieren sich vor oder während der Adoleszenz (1), also ungefähr im Altersbereich zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Das gilt auch für schizophrene Erkrankungen, deren Erkrankungsgipfel bei Männern etwa um das 21. Lebensjahr und bei Frauen etwa um das 26. Lebensjahr liegt (2).

Der Manifestation einer schizophrenen Psychose geht häufig eine längere Phase abgeschwächter oder unspezifischer Symptomatik voraus, die als At-Risk Mental State (ARMS) bezeichnet wird und retrospektiv, nach Manifestation einer psychotischen Erkrankung, als Prodromalstadium eingeordnet werden kann. In dieser Phase können psychotische Symptome wie Wahnerleben oder Halluzinationen in abge-

schwächer Form oder nur kurzzeitig auftreten, sodass die diagnostischen Kriterien einer manifesten psychotischen Erkrankung nicht erfüllt sind. Darüber hinaus können affektive Veränderungen, sozialer Rückzug sowie kognitive Beeinträchtigungen, etwa in Form von Konzentrationsstörungen, beobachtet werden.

Retrospektive Untersuchungen zeigen, dass sich bei einem erheblichen Anteil von Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen retrospektiv eine solche Prodromalphase feststellen lässt (3). Zudem hat sich die Dauer der unbehandelten Psychose als Prädiktor für eine ungünstige Langzeitprognose herausgestellt, sodass eine möglichst frühe Diagnosestellung wichtig erscheint (4). Vor diesem Hintergrund hat die Früherkennung psychotischer Erkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten zunehmende Aufmerksamkeit erhalten und es wurden vielerorts spezialisierte Früherkennungs- und Frühinterventionsprogramme etabliert. Ziel solcher Programme ist es, durch frühzeitige Behandlung bei Vorliegen eines ARMS den Übergang in eine manifeste Psychose zu verhindern oder zumindest den weiteren Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

Allerdings liegt inzwischen eine Reihe von Interventionsstudien vor, deren Ergebnisse insgesamt keinen überzeugenden Nutzen pharmakologischer oder psychotherapeutischer Interventionen hinsichtlich der Prävention eines Übergangs von ARMS in eine manifeste Psychose belegen konnten (5). Andererseits zeigen Frühinterventionsangebote – zumindest bei Patientinnen und Patienten, bei denen bereits eine erste psychotische Episode aufgetreten ist – insgesamt eindeutig positive Effekte auf relevante Outcome-Parameter wie Lebensqualität, funktionelles Niveau sowie Hospitalisierungsraten. Man kann also auf Grundlage der aktuell verfügbaren Evidenz einerseits davon ausgehen, dass Frühinterventionsprogramme klinisch sinnvoll sind und vielen Betroffenen helfen können. Andererseits muss aber kritisch hinterfragt werden, wie früh eine Früherkennung möglich und sinnvoll ist und welche Konsequenzen hinsichtlich frühzeitiger diagnosespezifischer Interventionen, für deren Wirksamkeit es aktuell keine eindeutige Evidenz gibt, zu ziehen sind.

Das Konzept der Psychosefrüherkennung und -intervention ist daher Gegenstand anhaltender fachlicher Diskussionen. Ein zentraler Kritikpunkt betrifft die begrenzte prädiktive Validität der ARMS-Diagnostik. Die Mehrzahl der Personen, bei denen ein entsprechender Risikozustand diagnostiziert wird, entwickelt im weiteren Verlauf keine psychotische Erkrankung. Ein Teil der Betroffenen entwickelt andere psychische Störungen, während bei einem weiteren Teil langfristig keine manifeste psychiatrische Erkrankung auftritt (6).

Es stellt sich daher die Frage nach dem Verhältnis von Nutzen und potenziellen Risiken von Programmen, die hochspezialisiert auf die Früherkennung psychotischer Erkrankungen ausgerichtet sind (7). Allein schon die Zuweisung zu einem auf Psychosen spezialisierten Zentrum, erst recht aber die Mitteilung eines erhöhten Psychoserisikos kann bei Betroffenen und Angehörigen erhebliche Verunsicherung auslösen.

Zudem sind mögliche Auswirkungen eines diagnostischen Labellings und einer möglichen (Selbst-)Stigmatisierung auf die psychosoziale Entwicklung und Identitätsbildung schwer abschätzbar. Schliesslich besteht die Gefahr einer pharmakologischen Überbehandlung, etwa durch den Einsatz von Antipsychotika trotz fehlender Evidenz für einen präventiven Effekt.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde eine gestufte und primär transdiagnostische Herangehensweise vorgeschlagen, die nicht auf Diagnosen fokussiert, sondern vor allem in frühen Stadien syndrom- und problemorientierte Interventionen vorsieht (8).

Nutzen und Risiken psychiatrischer Diagnosen in der Adoleszenz

Das Spannungsfeld zwischen potenziellem Nutzen und möglichen negativen Effekten einer (zu) frühen Diagnosestellung beschränkt sich nicht auf die Psychosefrüherkennung, sondern ist für zahlreiche psychiatrische Diagnosen relevant. Insbesondere die in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegene Prävalenz diagnostizierter Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie Autismus-Spektrum-Störungen hat die Diskussion über die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit intensiviert (9–11).

Einerseits erleichtert eine niederschwellige Diagnosestellung vielen Betroffenen den Zugang zu therapeutischen und unterstützenden Angeboten. Andererseits birgt eine zunehmende Pathologisierung psychischer Probleme Risiken sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Auf individueller Ebene können psychiatrische Diagnosen neben möglichen Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung auch eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine pessimistische Haltung gegenüber Veränderungsprozessen begünstigen. Auf gesellschaftlicher Ebene stellen sich Fragen der Ressourcenallokation innerhalb des Versorgungssystems. Insbesondere ist zu klären, inwieweit eine Ausweitung diagnostischer Kategorien Auswirkungen auf die Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen hat.

Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die Konzeptualisierung psychischer Störungen als medizinische Diagnosen (9). Nach heutigem Kenntnisstand weisen viele psychische Erkrankungen zwar biologische Korrelate im Gehirn auf, dies impliziert jedoch nicht notwendigerweise eine primär biologische Ätiologie. Gleichwohl wird durch psychiatrische Diagnosen häufig – implizit oder explizit – eine biologische Ursachenzuschreibung vermittelt.

So werden Depressionen häufig mit einem Serotonindefizit erklärt, ADHS als Störung dopaminerger Systeme beschrieben und bei Schizophrenie oder Autismus auf neuroentwicklungsbiologische Prozesse verwiesen. Auch wenn solche Faktoren eine Rolle spielen können, bedeutet dies jedoch nicht, dass psychiatrische Diagnosen klar abgrenzbare pathophysiologische Krankheitsentitäten repräsentieren. Tatsächlich beruhen sie primär auf klinisch-phänomenologischen Kriterien. Eine reduktionistische Konzeptualisierung

psychischer Störungen als primäre Hirnerkrankungen kann aus therapeutischer Perspektive problematische Effekte haben. Sie kann zur Wahrnehmung einer grundlegenden biologischen Andersartigkeit beitragen und dadurch Selbststigmatisierung sowie eine reduzierte Selbstwirksamkeit begünstigen. In der Folge kann sich ein therapeutischer Pessimismus entwickeln, der die Motivation für psychosoziale oder psychotherapeutische Interventionen beeinträchtigt (12).

Der potenzielle Nutzen diagnostischer Kategorien soll dadurch jedoch nicht grundsätzlich infrage gestellt werden. Diagnosen stellen eine wichtige Grundlage klinischer Entscheidungsprozesse dar und können Betroffenen helfen, ihre Symptomatik zu verstehen und einzuordnen. Darüber hinaus ermöglichen sie eine Spezialisierung innerhalb der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung spezifischer therapeutischer Kompetenzen und evidenzbasierter Behandlungsstrategien. Auch die Strukturierung von Behandlungsangeboten – etwa im Rahmen diagnoseorientierter Track-Konzepte – basiert wesentlich auf diagnostischen Kategorien (13).

Gleichzeitig erfordert die Diagnosestellung in der Adoleszenz besondere Zurückhaltung. Wie am Beispiel psychotischer Erkrankungen gezeigt wurde, können dem Auftreten klarer Störungsbilder längere Phasen unspezifischer oder intermittierender Symptomatik vorausgehen. Auch andere psychische Erkrankungen beginnen häufig mit unspezifischen Beschwerden und zeigen in frühen Stadien einen volatilen Verlauf (14,15).

Vor diesem Hintergrund sollte die Indikation zur Diagnosestellung besonders in der Adoleszenz sorgfältig geprüft werden. Gleiches gilt für die Zuordnung zu störungsspezifischen Therapien oder diagnosebasierten Behandlungspfaden. Erfolgt eine Diagnosestellung, sollte deren Bedeutung und Funktion transparent kommuniziert werden. Dabei kann es hilfreich sein, die kategoriale Unterscheidung zwischen «krank» und «gesund» kritisch zu reflektieren und stattdessen eine biopsychosoziale Perspektive zu vermitteln, die biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren integriert.

Die Frühinterventionstagesklinik FIT als transdiagnostisches Konzept

Vor dem Hintergrund der beschriebenen diagnostischen Herausforderungen wurde an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel ein innovatives Konzept der transdiagnostischen Frühintervention entwickelt. Ein zentraler Bestandteil dieses Ansatzes ist die Ende 2024 eröffnete Frühinterventionstagesklinik (FIT). Sie wird interdisziplinär von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenenpsychiatrie der UPK betrieben und richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 25 Jahren.

Die FIT arbeitet eng mit der Ambulanz für Psychosefrühintervention der UPK, dem Basel Early Treatment Service (BEATS), zusammen. Im Unterschied zum BEATS ist die FIT

jedoch explizit diagnoseübergreifend ausgerichtet. Das Behandlungsangebot richtet sich insbesondere an junge Menschen mit Störungen der Emotionalität und Affektregulation, sozialen Interaktionsproblemen sowie beginnendem psychotischem Erleben. Ein besonderer Fokus liegt auf Menschen mit klinisch relevanter Symptomatik und funktionellen Einschränkungen, bei denen eine eindeutige diagnostische Zuordnung zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht möglich oder nicht sinnvoll erscheint.

Dem Konzept der FIT liegt die Annahme zugrunde, dass die Adoleszenz eine besonders vulnerable Entwicklungsphase für die Manifestation psychischer Erkrankungen darstellt. Gleichzeitig sind die Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase – etwa im Bereich Autonomieentwicklung, Emotionsregulation, Beziehungsgestaltung sowie schulischer und beruflicher Integration – für psychisch belastete junge Menschen häufig schwer zu bewältigen (16). Die Behandlung zielt daher nicht ausschliesslich auf die Reduktion aktueller Symptome ab, sondern berücksichtigt auch psychosoziale Funktionsbereiche, insbesondere schulische und berufliche Entwicklung. Neben der frühzeitigen Behandlung beginnender Störungen ist damit auch die Prävention chronischer Krankheitsverläufe ein wichtiges Ziel.

Die Behandlung auf der FIT dauert in der Regel vier Monate. In den ersten Wochen der Behandlung erfolgt eine ausführliche diagnostische Evaluation, die eine umfassende psychiatrisch-psychologische Abklärung mit dem Ziel der Identifikation zentraler Problembereiche und Entwicklungsaufgaben beinhaltet. Darüber dient diese Phase der Klärung der Behandlungsmotivation sowie der gemeinsamen Formulierung individueller Therapieziele.

Das therapeutische Konzept basiert auf evidenzbasierten Behandlungsprinzipien und verfolgt einen transdiagnostischen Ansatz. Für jede Patientin und jeden Patienten wird ein individuelles Behandlungskonzept entwickelt, das sich primär an den identifizierten Problembereichen und Entwicklungsaufgaben orientiert. Der Behandlungsansatz ist kooperativ und partizipativ gestaltet und zielt darauf ab, sowohl Autonomie als auch das Erleben von Selbstwirksamkeit zu fördern sowie zugleich hilfreiche sowie korrigierende Erfahrungen im Peer-Kontext zu ermöglichen.

Die psychotherapeutische Behandlung umfasst Einzeltherapie sowie interdisziplinär geleitete Gruppentherapien. Diese sind modular aufgebaut und integrieren verschiedene transdiagnostische Methoden, darunter achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren, Strategien der Emotionsregulation («START NOW» [17]), metakognitive Interventionen (18) sowie Training sozialer und interpersoneller Kompetenzen (Kiesler-Kreis-Training [19]).

Bei entsprechender Indikation kann eine pharmakologische Behandlung erfolgen. Das teilstationäre Setting ermöglicht dabei eine differenzierte Beobachtung von Medikamenteneffekten unter alltagsnahen Bedingungen.

Darüber hinaus weist das Behandlungskonzept einen ausgeprägten soziotherapeutischen und pädagogischen Schwerpunkt auf. Die Adoleszenten werden darin unterstützt, einen

strukturierten Alltag zu bewältigen, Verantwortung zu übernehmen und Beziehungen konstruktiv zu gestalten. Arbeits- und milieutherapeutische Angebote sollen insbesondere die schulische und berufliche Integration unterstützen.

Das interdisziplinäre Angebot umfasst zudem Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie. Diese handlungs-, erlebnis- und körperorientierten Verfahren werden individuell an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst. Für schulpflichtige Jugendliche besteht ausserdem die Möglichkeit des Besuchs der Klinikschule der UPK, deren Lehrpersonen eng mit Therapeutinnen, Pflegefachpersonen und Sozialpädagoginnen zusammenarbeiten.

Fazit

Die FIT stellt ein innovatives Behandlungsangebot für Jugendliche und junge Erwachsene mit beginnenden psychischen Störungen dar. Durch ihre transdiagnostische Ausrichtung trägt sie den besonderen diagnostischen Unsicherheiten Rechnung, die für frühe Krankheitsphasen in der Adoleszenz charakteristisch sind. Damit bietet sie eine wichtige Behandlungsoption für junge Menschen, deren psychische Beschwerden mit erheblichem Leidensdruck und funktionellen Einschränkungen einhergehen, deren Zuordnung zu einem spezifischen diagnosebasierten Behandlungspfad jedoch noch nicht eindeutig möglich oder klinisch sinnvoll erscheint. □

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Philipp Sterzer

Zentrum für Diagnostik und Krisenintervention

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Wilhelm-Klein-Strasse 27

4002 Basel

E-Mail: philipp.sterzer@upk.ch

Referenzen:

1. Fusar-Poli P et al.: Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Front Psychiatry*. 2019;10:355
2. Häfner H: Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4 ed. 2017, München: C.H. Beck
3. Benrimoh D et al.: On the proportion of patients who experience a prodrome prior to psychosis onset: A systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2024;29(5):1361-1381
4. Penttilä M et al.: Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;205(2): 88-94
5. Minichino A et al.: Preventing psychosis in people at clinical high risk: an updated meta-analysis by the World Psychiatric Association Preventive Psychiatry section. *Mol Psychiatry*. 2025;30(6):2773-2782
6. Simon AE et al.: Moving beyond transition outcomes: meta-analysis of remission rates in individuals at high clinical risk for psychosis. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):266-272

Merksätze

- Etwa drei Viertel aller psychischen Erkrankungen beginnen in der Adoleszenz, aber eine eindeutige diagnostische Zuordnung ist in dieser Lebensphase häufig noch nicht möglich.
- Bei der Feststellung von Risikozuständen und der frühzeitigen Diagnosestellung beginnender psychiatrischer Erkrankungen sollten Nutzen und Risiken sorgfältig abgewogen werden.
- Die Konzeptualisierung psychiatrischer Störungen als medizinische Diagnosen kann unerwünschte Effekte mit sich bringen, die bei der Kommunikation über psychiatrische Diagnosen beachtet werden sollten.
- Eine transdiagnostische Herangehensweise, die sich an Entwicklungsaufgaben und individuellen Problembereichen orientiert, kann als Lösungsansatz für die diagnostischen Herausforderungen in der Adoleszenz dienen.

7. Moritz S et al.: Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med*. 2019;49(13):2134-2140
8. Shah JL et al.: Early intervention service systems for youth mental health: integrating pluripotentiality, clinical staging, and transdiagnostic lessons from early psychosis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(5):413-422
9. O'Sullivan S: The age of diagnosis: Sickness, health and why medicine has gone too far. 2025, London: Hodder & Stoughton.
10. Frances A: Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. 2013, New York: William Morrow.
11. Kazda L et al.: Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA Netw Open* 2021;4(4):e215335.
12. Kvaale EP et al.: The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6):782-794
13. Deuschle M et al.: [Track treatment in psychiatry: the CIMH track model to overcome sector boundaries]. *Nervenarzt*. 2020;91(1):50-56
14. Destree L et al.: Transdiagnostic risk identification: A validation study of the Clinical High At Risk Mental State (CHARMS) criteria. *Psychiatry Res*. 2024;333:115745
15. McGorry P et al.: Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet*. 2013;381(9863):343-345
16. Pinquart M et al.: Longitudinal Associations of the Attainment of Developmental Tasks With Psychological Symptoms in Adolescence: A Meta-Analysis. *J Res Adolesc*. 2020;30 Suppl 1:4-14
17. Kersten L. et al.: Evaluating START NOW: A Skills-Based Psychotherapy for Inmates of Correctional Systems. *Psychiatr Serv*. 2016;67(1):37-42
18. Kumar D et al.: Using the back door: Metacognitive training for psychosis. *Psychosis*, 2015;7(2):166-178
19. Ollrogge et al.: Cognitive behavioural therapy plus Kiesler Circle Training (CBT+) versus CBT only for patients with interpersonal problems: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2025;15(2):e098466.