

Die beginnende Schizophrenie als "Knick in der Lebenslinie"

Anita Riecher-Rössler

In: Schneider H. (Hrsg.). Lieben und Arbeiten - Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudenstadt, Mattes Verlag Heidelberg

Die Schizophrenie, das "Spaltungsirresein", ist eine der wichtigsten und gleichzeitig auch faszinierendsten psychiatrischen Erkrankungen. In den letzten Jahren ist vor allem der *Beginn* dieser Psychosen in das Zentrum des Interesses gerückt.

Dabei kamen einerseits lange gebräuchliche Begriffe ins Wanken, wie etwa der Begriff der "prämorbidem Anpassung", der immer mehr in Frage gestellt wird. Ist das, was wir bisher als "prämorbidem" Auffälligkeiten beschrieben haben, wirklich *prämorbid* - oder sind es nicht viel mehr schon Zeichen der beginnenden Psychose?

Andererseits wurde man auf alte Begriffe wieder aufmerksam - wie etwa den schon 1923 von Kahn, einem Kraepelinschüler, geprägten Begriff des "Knick in der Lebenslinie". Kahn sprach von einem beobachtbaren "Knick in der Lebenslinie", der sich bereits in einem frühen Stadium der schizophrenen Erkrankung als Folge dieser Erkrankung beobachten lasse. Wie neuere Studien zeigen, lässt sich tatsächlich solch ein "Knick in der Lebenslinie" in den verschiedensten Bereichen finden, etwa im schulischen und beruflichen Werdegang, bei der Arbeit oder in Beziehungen und Partnerschaft - insbesondere also im Bereich von Arbeit und Liebe, um auf das Tagungsthema zu sprechen zu kommen.

Bevor ich aber auf diese Thematik näher eingehen werde, möchte ich zunächst einen kurzen *Einstieg* zur Schizophrenie generell geben - vor allem für diejenigen unter Ihnen, die über keine Psychiatriebildung verfügen. Ich werde dann auf den *Beginn* dieser Psychosen eingehen und Ihnen hier neuere Ergebnisse der Forschung präsentieren, insbesondere was Alter und Symptome bei Erkrankungsbeginn sowie was das hochinteressante Phänomen der Geschlechtsunterschiede betrifft. Die psychosozialen Folgen der beginnenden Psychose werden uns dann zum Kernthema des "Knick in der Lebenslinie" führen. Ich werde sodann auf die Prognosefaktoren der Erkrankung und in diesem Zusammenhang auch auf das Vulnerabilitätsmodell eingehen, das uns Hinweise auf die individuelle Prognose und vor allem auf das therapeutische Vorgehen gibt. Bei der Therapie werde ich das Schwergewicht auf die psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Techniken legen, ohne dabei ausser acht zu lassen, dass die wichtigste Therapie bei schizophrenen Psychosen nach wie vor die neuroleptische Medikation ist. Am Schluss werde ich auf die Früherkennung und Frühintervention eingehen, deren grosse Bedeutung gerade in den letzten Jahren immer deutlicher wurde. Hier eröffnen sich gute Möglichkeiten der Sekundärprävention, da wir bei frühzeitiger Diagnostik und Behandlung der beginnenden Psychose bei diesen meist ja noch recht jungen Menschen eine fatale Entwicklung gerade auch in den Bereichen Liebe und Arbeit verhindern können.

1. Was ist Schizophrenie?

Epidemiologie und Symptomatik

Die Schizophrenie ist häufig: Fast jeder Hundertste erkrankt einmal in seinem Leben an einer solchen Psychose. Jedes Jahr erkranken durchschnittlich ein- bis zwei- von zehntausend Menschen neu. Sie beginnt meist in jungen Jahren, bei Männern meist schon Anfang/Mitte zwanzig, bei Frauen im Mittel eher Ende zwanzig. Eine erstaunliche Tatsache ist weiterhin, dass die Häufigkeit der Schizophrenie offensichtlich bei allen Völkern der Erde weitgehend gleich ist.

Die Hauptsymptome der Schizophrenie lassen sich einteilen in einerseits die Produktivsymptomatik und andererseits die Minus- oder Defizitsymptomatik.

Zur Produktivsymptomatik gehören

- Wahn: objektiv falsche, aus krankhafter Ursache entstehende Ueberzeugung, die trotz vernünftiger Gegengründe mit Gewissheit aufrechterhalten wird
- Halluzinationen: Sinnestäuschungen ohne reales Wahrnehmungsobjekt
- Ichstörungen: Denken, Fühlen, Wollen wird als von aussen, von einer ichfremden Instanz gelenkt, gemacht oder beeinflusst erlebt
- Erregung oder innere Anspannung

Zu den Defizitsymptomen gehören vor allem eine Verarmung des Gefühls, des Antriebs, der Sprache und des Kontakts.

2. Die beginnende Psychose

Prodromi, Symptome und Alter bei Erkrankungsbeginn

Wie die Forschung der letzten Jahre gezeigt hat, beginnt die Psychose im Mittel schon mehrere Jahre vor der ersten stationären Aufnahme und Diagnosestellung. Sie beginnt zunächst mit ganz unspezifischen Beschwerden wie Energie- und Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Aengsten, Misstrauen und sozialem Rückzug. Die Symptome der präpsychotischen Phase lassen sich wie folgt einteilen:

- Affektveränderungen (Misstrauen, Depression, Angst, Stimmungsschwankungen, Anspannung, Reizbarkeit, Wut)
- Veränderungen der Kognition (Schwierigkeiten mit Konzentration/Gedächtnis, merkwürdige Ideen)
- Veränderungen der Wahrnehmung des Selbst, anderer Menschen oder der Welt im Gesamten
- ungewöhnliches Erleben

- Körperliche Symptome (Schlafstörungen, Appetitveränderungen, Energieverlust, körperliche Beschwerden)

Viele dieser Symptome macht der Patient mit sich alleine ab, viele sind aber auch nach aussen beobachtbar. Der junge Mensch verhält sich "irgendwie merkwürdig", er ist "einfach nicht mehr der alte". Zunehmend deutlich wird oft auch, dass er seine bisherige Rolle in Beruf, Partnerschaft und Familie nicht mehr erfüllen kann.

Schliesslich - im Mittel etwa ein bis zwei Jahre vor der ersten Klinikaufnahme - kommt es dann zu den ersten spezifisch psychotischen Symptomen wie Wahn, Halluzinationen oder Ichstörungen.

Leider wird die Erkrankung häufig erst viel zu spät erkannt. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Zum einen beginnt die Erkrankung - wie gezeigt - häufig mit atypischen Prodromi, zum anderen bestehen auf seiten der Patienten häufig grosses Misstrauen und auch - das ist das Wesen der Psychose - mangelnde Krankheitseinsicht, so dass sie sich gar nicht in Behandlung begeben. Häufig kommt es zu inadäquaten Heilungsversuchen im paramedizinischen Bereich, bei Homöopathen oder gar Wunderheilern, was eine frühzeitige Diagnose und Behandlung noch weiter verzögert. Aber auch wenn die Patienten mit dem medizinischen Versorgungssystem in Kontakt kommen, besteht bei vielen Aerzten nach wie vor noch eine gewisse Scheu, die Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie zu stellen. Dies wird oft damit begründet, man wolle den Patienten nicht unnötig stigmatisieren. Diese Haltung ist meines Erachtens inzwischen obsolet, denn einerseits trägt der Therapeut durch eine solche Verleugnung zur weiteren Stigmatisierung bei, anstatt gegen sie anzugehen, indem er schizophrene Psychosen zu einer gesellschaftlich akzeptablen Erkrankung wie jede andere Erkrankung auch macht. Zum anderen kann man inzwischen keinesfalls mehr von "unnötig" sprechen, da sich in den letzten Jahren sehr deutlich herauskristallisiert hat, wie wichtig gerade auch eine *frühe* Intervention und Behandlung bei schizophrenen Psychosen ist - einerseits zur Verbesserung der Prognose der Erkrankung (Wyatt 1991), andererseits auch um schwerwiegende soziale Folgen zu verhindern. Doch darauf soll später genauer eingegangen werden.

Insgesamt kommt es so zu einer unglaublichen Verzögerung der Behandlung: Nach verschiedenen Studien verstreichen etwa drei bis sieben Jahre vom Beginn der Prodromalphase bis zur Erstdiagnose und Behandlung und etwa ein bis fast vier Jahre vom Beginn der psychotischen Vorphase an gerechnet (vgl. Tabelle).

Ausmass der Verzögerung vor Behandlung

Studie	n	mittlere Dauer prodromaler Symptome [Wochen]	mittlere Dauer der psychotischen Vorphase [Wochen]
Johnstone et al., 1986	213	-	<8 (n=71) 8-24 (n=52) 24-52 (n=24) ≥ 52 (n=66)
Haas and Sweeney, 1992	71	-	156
Loebel et al., 1992	70	150	52
Beiser et al., 1993	72	113	66
Häfner et al., 1993	267	239	109
McGorry et al., 1996	200	448	194

So haben wir vor Jahren im Rahmen der sogenannten ABC-Studie (Age, Begin and Course) am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim 392 Ersthospitalisierte mit schizophrenen Psychosen untersuchen können, indem wir in einem Einzugsgebiet von 1,5 Millionen in allen zehn psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen alle Erstaufgenommenen mit diesem Diagnosespektrum erfassten. 267 dieser Patienten konnten wir ausführlich interviewen (Häfner et al., 1991; Riecher et al. 1991). Bei ihnen hatten sich im Mittel schon fünf Jahre vor Erstaufnahme unter dieser Diagnose die ersten Anzeichen einer psychischen Störung gezeigt. Am häufigsten waren dabei: Depression, sozialer Rückzug, Misstrauen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst, Energielosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Irritierbarkeit, Denk- und Konzentrationsstörungen (Hambrecht et al., 1994).

Im Mittel zwei Jahre vor der schliesslichen Aufnahme unter einer Schizophreniediagnose war es bei den Patienten der ABC-Studie schon erstmals zu produktiv-psychotischen Symptomen gekommen.

Wie eine andere Studie, die wir mit Hilfe dänischer Fallregisterdaten durchgeführt haben, zeigte, kommt es in diesem Zusammenhang häufig sogar schon zu stationären Aufnahmen in der Psychiatrie unter einer anderen Diagnose - meist unter der Diagnose einer Neurose oder Persönlichkeitsstörung, einer psychosomatischen Erkrankung oder einer Anpassungsstörung. Auch wird zunächst häufig die Diagnose einer affektiven oder reaktiven Psychose gestellt (Häfner et al., 1989).

Geschlechtsunterschiede bei Erkrankungsbeginn

Hochinteressant in diesem Zusammenhang sind die Geschlechtsunterschiede. So konnten wir in der ABC-Studie zeigen, dass der Erkrankungsbeginn bei Männern etwa vier bis fünf Jahre früher liegt als bei Frauen. Dies betrifft sowohl die ersten Anzeichen/Prodromi, als auch die ersten psychotischen Symptome: Bei Männern tritt das erste Anzeichen einer psychischen Störung im Mittel schon im Alter von 24,3 Jahren auf, das erste psychotische Symptom mit 26,5 Jahren, und erst mit 28,5 Jahren kommt es im Mittel dann zur ersten stationären Diagnose der Erkrankung. Bei Frauen dagegen liegen diese Phasen der Krankheitsentwicklung ziemlich genau jeweils etwa vier Jahre später. Das früheste Anzeichen tritt bei ihnen im Mittel mit 27,5 Jahren auf, das erste psychotische Symptom mit 30,6 Jahren, und die erste stationäre Aufnahme unter der Schizophreniediagnose erfolgt im Mittel mit 32,4 Jahren. Die Tatsache, dass Frauen später in Behandlung gelangen, ist also nicht dadurch zu erklären, dass die Behandlung bei ihnen *noch* stärker verzögert wäre als bei Männern, sondern durch einen tatsächlich späteren Erkrankungsbeginn.

Warum ist dies so, warum beginnen schizophrene Erkrankungen bei Frauen im Mittel vier bis fünf Jahre später als bei Männern? Hierzu gibt es verschiedene Hypothesen. Eine davon ist die der protektiven Wirkung der weiblichen Sexualhormone, der Oestrogene.

Ein Zusammenhang zwischen weiblichen Sexualhormonen und der Schizophrenie war schon von den alten Klinikern, etwa von Krafft-Ebing 1886 oder Kraepelin 1909, vermutet worden. So war zum einen beschrieben worden, dass bei schizophrenen Patientinnen oft ein Hypogonadismus einhergehend mit einem Hypoöstrogenismus vorliege, zum anderen waren die sogenannten Menstruationspsychosen und Wochenbettpsychosen mit den weiblichen Sexualhormonen in Verbindung gebracht worden. Eine protektive Wirkung der Oestrogene lässt sich inzwischen auch durch verschiedene Ergebnisse neuerer Studien untermauern. So konnte etwa im Rahmen der Grundlagenforschung ein antidopaminerges Effekt der Oestrogene gezeigt werden. Auch gibt es verschiedene klinische Hinweise auf die Bedeutung der Oestrogene in diesem Zusammenhang, so etwa das exzessive Psychoserisiko unmittelbar nach der Geburt, in einer Zeit also, in der während der Geburt physiologisch stark erhöhte Oestrogenspiegel drastisch abfällt.

Wir selbst konnten in klinischen Studien zeigen, dass die Exazerbation schizophrener Psychosen gehäuft in der perimenstruellen Zeit liegt, also in der Zeit des Menstruationszyklus mit dem niedrigsten Oestrogenspiegel, und dass im Laufe einer psychotischen Episode die Symptomatik invers zum Oestrogenspiegel schwankt

(Riecher-Rössler et al., 1994). Ein weiterer wichtiger Hinweis ergab sich schliesslich aus der Verteilung des Erkrankungsbeginns. So haben wir in der ABC-Studie zeigen können, dass der Erkrankungsbeginn bei Frauen nicht einfach generell verzögert ist, sondern dass es hier eine zweigipflige Verteilung gibt: Frauen erkranken zwar in jungem Alter etwas weniger häufig als die Männer, dafür haben sie aber einen zweiten Erkrankungsgipfel in der Zeit um die Menopause - wenn also der physiologische Oestrogenspiegel der Frau sinkt. Denkbar wäre also, dass der physiologische Oestrogenspiegel junger Frauen diese bis zu einem gewissen Grad schützt, so dass die Erkrankung bei ihnen seltener und wenn, dann am ehesten im Perimenstruum auftritt. Wenn dann aber der physiologische Oestrogenschutz mit der Menopause sistiert, kommt es quasi zu einem Nachholen des Erkrankungsrisikos, so dass sich das Lebenszeitrisko letztlich für beide Geschlechter ausgleicht.

Die Geschlechtsunterschiede im Erkrankungsalter sind im übrigen auch sehr bedeutend für die psychosozialen Folgen der Erkrankung. Je früher die Erkrankung nämlich in das Leben dieser meist jungen Menschen einbricht, desto stärker wird ihre psychische, kognitive, persönliche und auch soziale Entwicklung beeinträchtigt.

Psychosoziale Folgen der beginnenden Psychose

Die Beeinträchtigung der psychischen, kognitiven und persönlichen Entwicklung durch die beginnende Schizophrenie wurde bisher erst recht unzureichend untersucht. Untersucht wurden in den letzten Jahren aber sehr gut die psychosozialen Folgen der beginnenden Erkrankung, also das, was früher als "Knick in der Lebenslinie" beschrieben wurde. Insbesondere im Rahmen der schon erwähnten ABC-Studie konnte gezeigt werden, dass die Erkrankung sehr viel ernstere Konsequenzen für den sozialen Status eines Menschen hat, wenn sie sehr früh in seine soziale Entwicklung einbricht, als wenn der Erkrankungsbeginn auf ein späteres Alter fällt, in dem wichtige soziale Rollen schon stabil erfüllt werden. Bereiche der Beeinträchtigung sind vor allem der Bereich der Beziehungen, insbesondere der Partnerschaft, aber auch der Leistungsbereich mit Folgen für Ausbildung oder Arbeitsplatz, dadurch bedingt auch der finanzielle Bereich mit Einkommensverlusten und allgemeinem Abgleiten im sozialen Status sowie schliesslich der ganze Bereich des Sozialverhaltens. So führen die depressive Verstimmung, die Energie- und Antriebslosigkeit, die Denk- und Konzentrationsstörungen der beginnenden Psychose häufig zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungen in Schule, Studium und 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 zu 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 vorneherein vermieden, der Kontakt zu Freunden wird abgebrochen. Häufig 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 immer noch nicht erkannt, kommt es in der Folge häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstelle, die Schule wird abgebrochen, möglicherweise auch die familiären Beziehungen. Ohne eigenes Einkommen besteht zum Teil sogar die Gefahr des Abgleitens in die Wohnsitzlosigkeit. Als Bewältigungsverhalten kann es zu Substanzmissbrauch,

insbesondere zu Missbrauch von Alkohol oder Cannabis kommen. Viele Patienten suchen in dieser Zeit die Rettung auch in der Religion oder bei paramedizinischen Wunderheilern, wodurch sie zum Teil in die Arme von Sekten geraten.

Insgesamt ist also zu sagen, dass es schon infolge der *beginnenden* Erkrankung zu einem deutlichen sozialen Abstieg oder - in weniger schweren Fällen - zumindest zu einer sozialen Stagnation kommt. Letzteres bedeutet, dass die jungen Menschen nicht das erreichen, was eigentlich aufgrund ihrer Voraussetzungen zu erwarten wäre, dass sie etwa nicht mehr den Sozialstatus ihrer Eltern erreichen.

Dieser Befund ist gleichzeitig auch ein wichtiger Beitrag zu der alten Kontroverse zwischen sozialer Selektion und sozialer Verursachung der Schizophrenie. So ist ja bekannt, dass sich Menschen mit schizophrenen Erkrankungen gehäuft in den unteren sozialen Schichten finden. In früheren Jahrzehnten war intensiv diskutiert worden, ob dies damit zu tun habe, dass die Schizophrenie durch die schlechten Lebensbedingungen der unteren sozialen Klasse mit verursacht werde (Hypothese der sozialen Verursachung), oder ob diese Häufung Folge einer sozialen Selektion sei. Die Selektionshypothese besagt, dass Schizophrenieerkrankte aufgrund ihrer Erkrankung in niederere soziale Klassen abgleiten (sozialer Drift) oder zumindest den Aufstieg in höhere soziale Schichten nicht in gleichem Masse wie ihre Altersgenossen schaffen (soziale Stagnation). In den letzten Jahren hat sich nun immer deutlicher die Gültigkeit dieser Selektionshypothesen herauskristallisiert. So zeigten die grossen WHO-Studien, dass das Schizophrenierisiko in praktisch allen Ländern und Kulturen dieser Erde gleich hoch ist, ganz unabhängig von den sozialen Verhältnissen, was gegen eine soziale Verursachung spricht.

Auch die Ergebnisse zur beginnenden Schizophrenie sprechen ganz eindeutig für die Selektionshypothese. So konnte etwa in der ABC-Studie durch eine exakte biografische Anamnese gezeigt werden, dass die sozialen Schwierigkeiten meistens *nach* den ersten Anzeichen der psychischen Störung auftreten.

50 % aller Patienten hatten bei erster stationärer Aufnahme unter der Schizophreniediagnose keine Berufstätigkeit aufzuweisen - die Hälfte davon hatte eine solche noch nie aufgenommen, 18 % hatten sie in der unspezifischen Prodromalphase der Erkrankung verloren, 9 % in der psychotischen Vorphase (Häfner et al., 1995). Gewertet wurde dabei nur, wenn die Berufstätigkeit wegen Verhaltensauffälligkeiten, Leistungsschwierigkeiten, Streitigkeiten oder psychischen Problemen gekündigt worden war.

Ganz ähnlich waren die Zahlen bezüglich des eigenen Einkommens: Nur 45 % hatten bei Erstaufnahme ein eigenes selbständiges Einkommen, 25 % hatten ein solches nie erreicht, 21 % waren schon in der unspezifischen Prodromalphase auf den Unterhalt durch die Familie oder auf Sozialleistungen zurückgefallen, 9 % in der psychotischen Vorphase.

Immerhin 66 % der Patienten lebten bei Erstaufnahme in einer selbständigen Wohnform, 14 % waren noch nie aus dem Elternhaus ausgezogen, 15 % waren in der unspezifischen Prodromalphase zurück ins Elternhaus oder zu anderen Angehörigen gezogen, 5 % in der psychotischen Vorphase der Erkrankung.

Sehr interessant waren auch die Ergebnisse bezüglich der Partnerschaftsentwicklung: Bei Erstaufnahme hatten 22 % der Patienten noch *nie* eine feste Partnerschaft gehabt, weitere 42 % hatten aktuell keinen Partner mehr; es war also - wohl zum Teil infolge der Erkrankung - zu einer Trennung gekommen. Nur 22 % hatten aktuell noch eine Partnerschaft und nur 14 % waren verheiratet (Häfner et al., 1995).

Dabei gab es wiederum starke *Geschlechtsunterschiede*: Vor allem unter den männlichen Patienten gab es fast keine verheirateten. Dies hat im wesentlichen zwei Gründe: Zum einen beginnt die Erkrankung bei den Männern im Mittel, wie wir gehört haben, vier bis fünf Jahre früher als bei Frauen, zum anderen heiraten Männer im allgemeinen in der Bundesrepublik Deutschland etwa zwei Jahre später als Frauen - so die Zahlen der Bevölkerungsstatistik. Wenn Männer also in das Heiratsalter kommen, leiden sie oft schon an den ersten Prodromi der Erkrankung oder sogar schon an psychotischen Symptomen, was eine Partnersuche meist verunmöglicht oder schon bestehende Partnerschaften noch vor der Heirat in die Brüche gehen lässt. Anders dagegen bei Frauen: Wenn sie in das übliche Heiratsalter kommen, hat die Erkrankung meist noch nicht begonnen. Sie heiraten also oft noch, bevor die ersten Zeichen der Erkrankung auftreten.

In der ABC-Studie zeigte sich tatsächlich, dass von den sechzig Frauen, die bei Erstaufnahme überhaupt verheiratet waren, 48 schon *vor* Beginn der ersten Prodromi geheiratet hatten, von den 19 verheirateten Männern hatten 15 die Ehe *vor* Beginn der Prodromi geschlossen. Das bedeutet, dass eine Eheschliessung kaum einmal mehr zustande kommt, wenn die Erkrankung schon begonnen hat, und sei es auch nur mit den mildesten Vorboten. Die Schizophrenie scheint - sogar in ihren Frühstadien - ein ernstes Heiratshindernis zu sein (Riecher-Rössler et al., 1992).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie *stark* die soziale Stagnation der Kranken ist, wie sehr sie also in ihrer sozialen Entwicklung hinter derjenigen vergleichbarer Gleichaltriger zurückbleiben. Diese Frage wurde im Rahmen der ABC-Studie anhand einer Fallkontrollstudie geprüft (Häfner et al., 1995). Für eine repräsentative Untergruppe von 57 Patienten und Patientinnen wurden 57 Kontrollpersonen aus der Mannheimer Bevölkerung interviewt, die nach Alter und Geschlecht parallelisiert waren. Auch hier zeigten sich wiederum interessante Geschlechtsunterschiede.

So blieben die Patienten bezüglich des Erreichens einer bezahlten *Beschäftigung* deutlich hinter den Kontrollpersonen zurück. Vor allem waren es jedoch die schizophrenen *Frauen*, die im Vergleich zu ihren gesunden Geschlechtsgenossinnen deutlich seltener eine feste Beschäftigung erreichten. Offensichtlich besteht aufgrund geschlechtsspezifischer sozialer Rollen bei Frauen und ihren Arbeitgebern eine grössere Bereitschaft, die Beschäftigung zu kündigen, wenn es psychische Probleme gibt, als bei Männern und deren Arbeitgebern. Dies ist ein interessanter Befund, der sicher einiger Diskussion bedarf.

Umgekehrt war es in allen anderen Bereichen. Hier war jeweils eine stärkere Stagnation der schizophrenen *Männer* zu beobachten, was wahrscheinlich vor allem mit ihrem jüngeren Erkrankungsalter zu tun hat.

So ergab sich bezüglich der *Schul- und Berufsbildung* ein sehr auffälliges Zurückbleiben schizophrener junger *Männer*: Sie erreichten in nur 27 % der Fälle eine höhere Schulbildung, während dies in der Normalbevölkerung 53 % der jungen Männer waren.

Eigenständiges Wohnen erreichten kranke Frauen gleichermassen häufig wie ihre gesunden Geschlechtsgenossinnen. Kranke Männer dagegen blieben gegenüber ihren gleichaltrigen Geschlechtsgenossen deutlich in der diesbezüglichen Entwicklung zurück. Sie lebten etwa nur halb so häufig in einer eigenen Wohnung wie die drei Vergleichsgruppen.

Am stärksten ausgeprägt war die soziale Stagnation aber bei Partnerschaft und Heirat. Während gesunde Männer und Frauen im Laufe der retrospektiv erfragten Beobachtungsperiode von im Mittel sechs Jahren sich immer stärker partnerschaftlich banden und auch heirateten, war die Entwicklung bei den schizophrenen Männern und Frauen gegenläufig: Sie hatten im Lauf der Beobachtungszeit immer seltener eine feste Partnerschaft. So waren am Ende der Beobachtungsperiode fast 80 % der gesunden Frauen und 60 % der gesunden Männer verlobt oder verheiratet, dagegen nur etwa 30 % der schizophrenen Frauen und 17 % der schizophrenen Männer (Häfner et al., 1995).

Insgesamt zeigte diese Fallkontrollstudie, dass zu Beginn der Prodromalphase noch keine signifikanten Differenzen zwischen Kranken und gesunden Kontrollpersonen bestehen, dass es dann aber schon in der Prodromalphase zu einem deutlichen Auseinanderdriften von Gesunden und Menschen mit beginnender Schizophrenie kommt. Das heisst, dass die Psychose schon in ihrer Frühphase schwerste Auswirkungen auf die verschiedenen sozialen Rollen hat, und zwar insbesondere in den Bereichen Liebe und Arbeit.

3. Weiterer Verlauf und soziale Folgen

Betrachten wir nun den weiteren Verlauf der Erkrankung *nach* der ersten stationären Aufnahme mit Diagnosestellung. Fast alle bisherigen Verlaufsstudien beziehen sich nur auf diesen Verlauf und lassen die Vorphasen der beginnenden Psychose, wie sie oben beschrieben wurden, mehr oder weniger ausser acht. Allenfalls werden diese Vorphasen cursorisch unter dem Begriff "*prämorbid*e Entwicklung" oder gar nur "*prämorbid*e Persönlichkeit" beschrieben. Kommen wir also nun zu diesem "*klassischen*" weiteren Verlauf der Schizophrenie.

Kraepelin beschrieb dieses Krankheitsbild, das wir heute als Schizophrenie bezeichnen, 1886 zum ersten Mal. Er nannte die Erkrankung zunächst "*Dementia praecox*", also "*vorzeitige Verblödung*". Er war der Meinung, dass die Erkrankung ein ständig fortschreitendes, prozesshaftes Geschehen sei, das in über 70 % der Fälle mit anhaltender, schwerster Symptomatik einhergehe. Auch für Eugen Bleuler (1908), der die Umbenennung in "*Schizophrenie*" vorschlug, handelte es sich um eine Erkrankung, bei der es praktisch keine vollständige Heilung gibt.

Neuere Studien haben gezeigt, dass dieses Bild so sicherlich zu pessimistisch war. Zum einen endet die Erkrankung keineswegs in einer Demenz. Vielmehr wurde festgestellt, dass die früher beobachteten, äusserst schweren Verläufe zu einem beträchtlichen Teil Folge der Dauerhospitalisierung und der damit einhergehenden

psychosozialen Unterstimulation dieser Patienten waren. Zum anderen zeigte sich, dass es durchaus auch Heilungen gibt, dass manche Patienten nach einer einzelnen Krankheitsepisode nie wieder erkranken oder dass andere Patienten noch nach langjährigem, chronischem Verlauf eine deutliche Besserung zeigen können. Vor allem durch Einführung der Neuroleptika in den 50er Jahren und durch den Ausbau der gemeindenahen Versorgung schien ein Durchbruch in der Schizophreniebehandlung erzielt, mit nachhaltig positiven Auswirkungen auf den Kurzzeitverlauf und - so die Hoffnungen - auch auf den Langzeitverlauf. Der anfänglichen Euphorie schien dann aber etwas Ernüchterung zu folgen, zeigten doch auch neuere Studien, dass die Schizophrenie "häufig zu lebenslanger Behinderung führt und ihr Ausgang im allgemeinen schlechter ist als derjenige anderer funktioneller psychiatrischer Erkrankungen" (McGlashan, 1988, S. 538).

Was aber gibt es an wirklich zuverlässigem, gesichertem Wissen über den Verlauf schizophrener Psychosen? Nahezu 1000 Verlaufsstudien wurden inzwischen weltweit veröffentlicht mit zum Teil sehr heterogenen Befunden, zum Teil aber auch wiederum sehr gleichlautenden Aussagen. Im folgenden sollen nur einige wichtige Befunde exemplarisch dargestellt werden, wobei der Schwerpunkt auf den Ergebnissen derjenigen Studien liegen soll, die eine repräsentative Population Ersterkrankter prospektiv untersucht haben, also methodisch relativ zuverlässig sind (Riecher-Rössler u. Rössler, 1997).

Was die **stationäre Behandlung** im Verlauf betrifft, so konnten wir mit Hilfe dänischer Fallregisterdaten zuverlässige Auswertungen durchführen (Häfner et al., 1991b). Wir untersuchten alle 1169 dänischen Patienten, die im Jahre 1976 erstmals wegen einer schizophrenen oder paranoiden Psychose aufgenommen wurden. Bei dieser Studie zeigte sich, dass im Verlauf von *zehn* Jahren ca. 30 % der Patienten *nicht* wieder aufgenommen werden mussten. Im Durchschnitt hatten die Männer in diesem Zeitraum 3,7 und die Frauen 3,4 Krankenhausaufenthalte (inkl. erstem Aufenthalt). Die Gesamtzeit, die in diesen zehn Jahren im Krankenhaus verbracht wurde, betrug bei Männern 486 Tage und bei Frauen 354 Tage.

Mit der WHO-DOS-Studie haben Jablensky et al. (1992) Ergebnisse zum Zweijahresverlauf vorgelegt. In dieser transkulturellen Multicenter-Studie wurden nicht nur stationäre Erstaufnahmen erfasst, sondern alle Patienten, die wegen schizophrenieähnlicher Symptomatik erstmals in ihrem Leben Kontakt mit irgendeiner ambulanten oder stationären Einrichtung hatten. Insbesondere in den Entwicklungsländern handelte es sich dabei zum Beispiel auch um Erstkontakte mit traditionellen Heilern. Von den 1078 Patienten war kein einziger in dieser Zeit dauerhospitalisiert. 31 % der Gesamtpopulation wurden in den ersten zwei Krankheitsjahren nie stationär aufgenommen.

Sehr viel wichtigere und direktere Indikatoren der Schwere des Verlaufs als die oben genannten Behandlungsparameter sind Art und Schwere der **Symptomatik**. Eine europäische Studie, die kontinuierlich und differenziert die Symptomatik erhoben hat, ist diejenige von Shepherd et al. (1989). Die 49 von ihm untersuchten ersthospitalisierten Patienten zeigten nach Entlassung aus ihrem ersten stationären Aufenthalt folgenden Verlauf: 22 % blieben nach der ersten Episode über die *fünf* Jahre symptomfrei, 35 % entwickelten nur abgegrenzte psychotische Episoden und waren dazwischen symptomfrei, 8 % entwickelten mehrere Episoden und litten zwischen diesen Episoden unter mässigen Funktionseinschränkungen, 35 %

entwickelten mehrere Episoden mit einer Zunahme der Residualsymptomatik nach jeder Episode.

Auch in der oben erwähnten WHO-DOS-Studie (Jablensky et al., 1992) zeigte die Mehrzahl der Patienten während des *Zweijahreszeitraums* einen remittierenden Verlauf: 50 % hatten nur eine einzige psychotische Episode, 31 % zwei oder mehr psychotische Episoden, gefolgt von einer Remission, und nur 16 % wiesen eine kontinuierliche psychotische Symptomatik ohne Remissionen auf.

Zusätzlich zur Symptomatik wurde in der WHO-Studie die "**soziale Funktionsfähigkeit**" (social functioning) beurteilt. Dabei wurde beurteilt, ob ein Patient seine verschiedenen sozialen und beruflichen Rollen gleich gut erfüllen konnte wie eine Durchschnittsperson seines Alters und Geschlechts, seines sozialen Bildungshintergrunds und seiner Kultur. Nur etwas weniger als ein Drittel litt *während der ganzen zwei Jahre* an mehr oder weniger starken Funktionsbeeinträchtigungen.

Auch in der ABC-Studie wurde der Verlauf bei einer repräsentativen Teilgruppe von 133 Patienten über drei Jahre prospektiv weiter untersucht, und zwar in insgesamt fünf Querschnittsuntersuchungen. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die meisten sozialen Veränderungen schon *vor und mit* der Indexaufnahme stattfinden. *Danach* ergeben sich offensichtlich *keine* wesentlichen Änderungen des Sozialstatus mehr. Die einzige Ausnahme ist die Abnahme des Beschäftigungsgrades mit und nach der ersten stationären Aufnahme bei gleichzeitiger Zunahme der rehabilitativen Massnahmen.

Shepherd et al. (1989) beurteilten die sogenannte soziale Anpassung am Ende ihrer 5jährigen Beobachtungsperiode: 45 % ihrer Patienten zeigten nur minimale Einschränkungen, 43 % milde bis mässige Einschränkungen und 12 % schwere Einschränkungen. In einer Aufschlüsselung dieser sozialen Anpassung in verschiedene Bereiche fanden sie folgendes: In ihrer Arbeitsfähigkeit waren 24 % der Patienten mild bis mässig und 16 % schwer behindert; in ihrem Freizeit- und Kontaktverhalten war fast die Hälfte der Patienten mild bis mässig und 15 % schwer gestört; in der Beziehung mit der Familie schliesslich waren 36 % mild bis mässig und 14 % schwer gestört.

Ein weiterer wichtiger Parameter zur Einschätzung des Krankheitsverlaufs ist die **Sterblichkeit**. Diese ist bei Schizophrenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, vor allem durch Suizid. Wie Mortensen und Juel (1993) zeigen konnten, ist das Suizidrisiko bei schizophrenen Männern 4,7mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, bei schizophrenen Frauen 2,3mal höher. Das Risiko ist vor allem in den jungen Altersgruppen exzessiv erhöht.

4. Prognosefaktoren und Vulnerabilitätsmodell

Gibt es Merkmale, aus denen vorhergesagt werden könnte, welchen Verlauf die Erkrankung eines Patienten nehmen wird? Sehr viele solcher "Prädiktoren" des Verlaufs wurden in verschiedenen Studien gefunden.

Als günstige Prädiktoren gelten gemeinhin hohes Erkrankungsalter, weibliches Geschlecht, Verheiratetsein, kontaktfähige Primärpersönlichkeit, gute prämorbid soziale Anpassung, psychisch-reaktive Auslösung und akute Entwicklung der

Erkrankung sowie depressive Symptomatik bei Erkrankungsbeginn. Als ungünstig gelten umgekehrt eine hohe erbliche Belastung, die chronische Entwicklung der Erkrankung oder eine Verflachung des Gefühls bei Erkrankungsbeginn (Riecher-Rössler, 1995). Auch durch die Kombination dieser Prädiktoren lässt sich im individuellen Falle der Verlauf jedoch nur äusserst unzulänglich vorhersagen.

Eine eher dynamische Einschätzung der Prognose und der Bedeutung verschiedener Einflussfaktoren für den Beginn, wie auch für den Verlauf der Erkrankung eröffnet das sogenannte Vulnerabilitätsmodell, das erstmals von Zubin und Spring 1977 vorgeschlagen wurde. Nach diesem und ähnlichen späteren Modellen wird davon ausgegangen, dass ein Individuum eine gewisse Vulnerabilität, eine Disposition für die Erkrankung, hat, die genetisch determiniert sein kann, aber möglicherweise auch durch verschiedene prä- und perinatale Komplikationen mit der Folge von Hirnentwicklungsstörungen u.v.m. mitbedingt ist. Aufgrund dieser Störungen kommt es bei den vulnerablen Menschen sehr leicht zu einer Neurotransmitterdysregulation, etwa im dopaminergen, aber auch in anderen Ueberträgersystemen des Gehirns einhergehend mit einer psychotischen Dekompensation. Im Vulnerabilitätsmodell wird nun davon ausgegangen, dass es bei gegebener Vulnerabilität vor allem *dann* zur psychotischen Dekompensation kommt, wenn auf das Individuum gewisse psychosoziale oder auch somatische Stressoren einwirken und wenn auf der anderen Seite nicht genügend sogenannte Moderatorvariablen zur Verfügung stehen, um diesen Stressoren "ihre Schärfe zu nehmen". Als Stressoren gelten etwa emotionale Belastungen aller Art oder auch übergrosser Leistungsdruck. Als Moderatorvariablen gelten auf der anderen Seite das Bewältigungsvermögen des Patienten, also seine Coping-Strategien oder sein Repertoire an Fertigkeiten, mit den Belastungen und seiner Verletzbarkeit umzugehen. Ein wichtiger moderierender Faktor, der den psychosozialen Stressoren "einen Teil ihrer Schärfe nehmen kann", ist auch die soziale Unterstützung, die der Patient durch sein soziales Netzwerk, also seine Angehörigen und Freunde erfährt. Zwar bietet das Vulnerabilitätsmodell aufgrund seiner universalen Gültigkeit ebenfalls keine hinreichende Basis zur Einschätzung der *individuellen* Prognose, jedoch lassen sich aufgrund dieses Modelles sehr gut die Ziele der Behandlung ableiten.

5. Therapie

Psychotherapeutische Haltung und Techniken

Ziele der Behandlung sind - entsprechend dem Vulnerabilitätsmodell, die Empfindlichkeit der PatientInnen direkt zu reduzieren, Stressfaktoren soweit wie möglich auszuschalten oder zu vermindern und schliesslich das Bewältigungsvermögen der PatientInnen zu stärken, ebenso wie ihr soziales Netzwerk. Diese Ziele können nur durch eine auf mehreren Ebenen ansetzende, integrative Behandlung erreicht werden.

Basis dieser Behandlung ist in jedem Fall eine *neuroleptische* Medikation, und zwar sowohl in der Akutbehandlung als auch zur Prophylaxe von Rückfällen bei dieser häufig phasisch verlaufenden Erkrankung. Wichtig ist auch die vorsichtige *Aufklärung und Psychoedukation* der Patienten und ihrer Angehörigen über Ursachen und Verlauf dieser Erkrankung und vor allem auch über die therapeutischen Möglichkeiten. Von allergrösster Bedeutung ist schliesslich die *psychotherapeutische Begleitung* in einer vertrauensvollen, konstanten Beziehung über lange Zeiträume.

Insbesondere am Anfang der Behandlung spielen auch *psychologische Trainingsprogramme* eine wichtige Rolle, die das Bewältigungsvermögen des Patienten stärken sollen. *Beschäftigungs- und Arbeitstherapie* sollen die langsame Wiedereingliederung in ein normales Beschäftigungsverhältnis ermöglichen oder können bei schwereren Verläufen auch langfristig erforderlich sein. *Angehörigenarbeit* zielt zum einen darauf, das soziale Netz der Patienten zu stärken, zum anderen aber auch darauf, bei den Angehörigen Verständnis für das merkwürdige Verhalten der Patienten zu wecken und so zusätzliche Stressfaktoren im Familienumfeld des Patienten, bekannt unter dem Schlagwort "expressed emotions", zu vermeiden.

Die *Psychotherapie* bei diesen Patienten muss also Teil eines integrativen Behandlungsansatzes sein, und auch die Psychotherapie selbst muss integrativ sein. Sie darf sich keinesfalls nur auf *ein* einziges klassisches Verfahren, etwa ein psychoanalytisches, stützen, sondern muss verschiedene Elemente enthalten. Wesentliches Element und Voraussetzung ist sicherlich, wie schon betont, eine stabile, langfristige, vertrauensvolle Beziehung. Sie muss gerade bei diesen misstrauischen und zu Fehlverarbeitung neigenden Patienten von Offenheit und Klarheit geprägt sein. Auf dieser Basis sollten die Gespräche überwiegend supportiven und beratenden Charakter haben. Hierzu gehören auch Elemente der Psychoedukation. Gezielte verhaltenstherapeutische und kognitive Techniken können etwa zur Reduktion kognitiver Defizite, zur Verbesserung der sozialen Kompetenz oder zur Verbesserung der Bewältigung belastender Situationen und Emotionen eingesetzt werden. Eine emotionale Überstimulation durch ein analytisch aufdeckendes Verfahren ist zu vermeiden, da dadurch psychotische Rückfälle provoziert werden können und jeder Rückfall die Langzeitprognose verschlechtert.

Dies bedeutet nicht, dass psychodynamische Überlegungen keinen Stellenwert in der Psychotherapie von Psychosen hätten. Wichtig ist auch bei eher supportivem Vorgehen das *psychodynamische Verständnis des Therapeuten für das Erleben und Verhalten des Patienten*. So sollte der Therapeut verstehen, was das Erleben der Krankheit für den Patienten für eine narzisstische Kränkung bedeuten kann, was es an Ängsten und reaktiver Depression auslösen kann. Auch das Erleben der sozialen Folgen, der Beziehungsprobleme, der beruflichen und finanziellen Folgen oder der sozialen Stigmatisierung kann bei den Patienten zu erheblichen Konflikten führen, die der Therapeut wahrnehmen und vorsichtig stützend bearbeiten sollte. Ein wichtiger Bereich der Therapie schliesslich sind die *Bewältigungsstrategien* des Patienten, sein Umgang mit den selbst erlebten Defiziten und auch mit den sozialen Folgen. Diese Bewältigungsstrategien sind stark durch die Persönlichkeit des Patienten und seine Konfliktverarbeitungsmodi geprägt und können in einer adäquaten Therapie günstig beeinflusst werden.

Wichtig ist allerdings - wie schon betont - dass eine *Konfliktbearbeitung* bei schizophrenen Patienten nur auf der Basis einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung möglich ist und dass die vom Patienten präsentierten Konflikte im *Hier und Jetzt* und äusserst vorsichtig bearbeitet werden sollten, um intensive emotionale Prozesse zu vermeiden. Keinesfalls sollte dies während einer psychotischen oder präpsychotischen Phase geschehen.

6. Frühdiagnose und Frühintervention

Nach allem, was über die beginnende Psychose und ihre sozialen Folgen gesagt wurde, ergibt sich klar, wie wichtig ihre Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung ist. Je früher die Behandlung beginnt, desto besser ist nicht nur die Prognose der Erkrankung selbst, desto eher können auch die negativen psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung vermieden werden.

In vielen Ländern gibt es daher inzwischen wohl etablierte sogenannte "Zentren für Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen", die mit sehr gutem, international anerkanntem Erfolg arbeiten (z.B. Mc Gorry, 1996). Schwerpunkte sind neben der Öffentlichkeitsarbeit die umfassende ambulante Beratung, Diagnostik und Einleitung von Frühinterventionsmassnahmen. Dabei wird grösstmöglicher Wert auf einen möglichst "schonenden" Erstkontakt mit der Psychiatrie gelegt. Viele Zentren setzen auch "mobile Teams" ein, die die Patienten und Patientinnen bei Bedarf zuhause aufsuchen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird versucht, bei der Bevölkerung die Vorurteile gegen die Psychiatrie und gegen Psychosen abzubauen. Bei Hausärzten und anderen Primärversorgern wird versucht, die Sensibilität für das frühe Erkennen von Psychosen zu fördern. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Psychose zu kennen, also insbesondere die familiäre Belastung und das jugendliche Alter - bei Frauen gegebenenfalls auch das Alter um die Menopause. Zum anderen sollte man sich bewusst darüber sein, dass die Psychose oft mit ganz unspezifischen psychischen Beschwerden und Veränderungen beginnt, dass diese jungen Menschen sich plötzlich einfach merkwürdig und nicht mehr wie vorher verhalten und dass es im Sozialen oft zu dem beschriebenen "Knick in der Lebenslinie" kommt.

Wird ein junger Mensch mit dem Verdacht auf eine Psychose in Ihre psychotherapeutische Praxis überwiesen, so ist ganz wichtig, dass er gerade im *Erstkontakt* die Scheu vor dem medizinischen Versorgungssystem verliert. Ziel sollte also zunächst einmal die vorsichtige, vertrauensbildende Kontaktaufnahme sein. Wichtig ist dabei, dem Patienten zuzuhören, eine geeignete, angemessene Sprache zu verwenden, sich klar, eindeutig und offen zu verhalten. Schon in den ersten Kontakten sollte dem Patienten gegenüber zum Ausdruck gebracht werden, dass er in seiner persönlichen Erfahrung der Psychose verstanden und in seiner Sichtweise respektiert wird.

Auch sollte die Einstellung des Patienten gegenüber der Behandlung und dem medizinischen Versorgungssystem ernst genommen werden. Hier muss, wenn nötig, allerdings vorsichtig korrigierend eingegriffen werden.

Die Vorgehensweise im Zusammenhang mit Abklärungen sollte vorsichtig erklärt werden, wobei der Therapeut sich darüber im klaren sein sollte, dass diese PatientInnen in ihrer Fähigkeit zur Informationsaufnahme und -verarbeitung eingeschränkt sein können.

Wichtig ist schon beim Erstkontakt, wie auch bei jedem weiteren Kontakt, die Beurteilung des Suizidrisikos und anderer unmittelbarer Gefährdungen. Wenn solche vorliegen, ist der Patient in jedem Fall sofort stationär einzuweisen. In weniger akuten Fällen bleibt dem Therapeuten etwas Zeit und er kann Diagnostik und Therapie vorsichtig beginnen. Wenn immer möglich sollte dabei schon von Anfang an die Reaktion der PatientInnen auf die Erkrankung, ihre Persönlichkeitsstruktur, ihre

Entwicklungsphase und ihre Bewältigungsfähigkeiten ebenso wie ihr soziales und kulturelles Milieu berücksichtigt werden.

Vor allem sollte immer im Auge behalten werden, dass der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung der wichtigste Faktor für den weiteren Verlauf darstellt. Denn wie sich zeigte, ist eine gute therapeutische Beziehung nicht nur von eminenter Bedeutung für die weitere Compliance und damit Prognose dieser Erkrankungen, sondern auch für die Lebensqualität dieser vulnerablen und oft völlig aus der Bahn geworfenen Menschen und ihrer Angehörigen.

Literatur

- Beiser M, Erickson D, Fleming JAE, Iacono WG (1993) Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 150: 1349-1354
- Borgwardt S, Radü EW, Götz K, Aston J, Drewe M, Gschwandtner U, Haller S, Pflüger M, Stieglitz RD, McGuire P, Riecher-Rössler A (2006) Radiological findings in individuals at high risk of psychosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77: 229-233
- Drewe M, Drewe J, Riecher-Rössler A (2004) Cannabis and risk of psychosis. *Swiss Medical Weekly* 134: 659-663
- Gschwandtner U, Riecher-Rössler A (2005) Evidenz in vier zentralen Bereichen. Pro Früherfassung und Frühbehandlung von schizophrenen Psychosen. *SGPP Bulletin Psy&Psy, Kongressband 2005*: 31
- Gschwandtner U, Pflüger M, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler A (2006) Fine motor function and neuropsychological deficits in individuals at risk for schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 256: 201-206
- Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Drewe M, Radü EW, Riecher-Rössler A (2004) Chronisch subdurales Hämatom bei einem Patienten mit Verdacht auf Prodromalstadium einer Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 75: 691-693
- Haas GL, Sweeney JA (1992) Premorbid and onset features of first episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 18: 373-386
- Häfner H, Riecher A, Maurer K, Löffler W, Munk-Jorgensen P, Strömngren E (1989) How does gender influence age at first hospitalization? *Psychol Med* 19:903-918
- Häfner H, Riecher-Rössler A., Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jorgensen P, Strömngren E (1991) Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr. Neurol Psychiatr* 59:343-360.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A (1993) The influence of age and sex on the onset and course of early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 162: 80-86
- Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K (1995) When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 246: 17-28
- Hambrecht M, Häfner H, Löffler W (1994) Beginning schizophrenia observed by significant others. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29:53-60
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures.

- A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Suppl 20: 1-97 Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF (1986) The Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia. Br J Psychiatry 148: 115-120
- Kahn E (1923) Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. In: Rüdin E, Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Bd IV, Springer Berlin, München
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JMJ, Mayerhoff DI, Geisler SH, Seymanski SR (1992) Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. Am J Psychiatry 149:1183-1188
- McGlashan TH (1988) A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophr Bull 14: 573-585
- McGorry P.D., Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S.M., Jackson H.J. (1996), EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. Schizophr Bull 22: 305-326
- Mortensen PB, Juel K (1993) Mortality and causes of death in first-admitted schizophrenic patients. Br J Psychiatry 163: 183-189
- Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Löffler W, Maurer K, Häfner H (1992) Is age of onset in schizophrenia influenced by family status? Some remarks on the difficulties and pitfalls in systematic testing of a "simple" question. Soc Psychiatr Epidemiol 27:122-128
- Riecher-Rössler A, Häfner H, Stumbaum M, Maurer K, Schmidt R (1994) Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? Schizophr Bull 20:203-214
- Riecher-Rössler u. Rössler (1998) The course of schizophrenic psychoses: what do we really know? A selective review from an epidemiological perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 248:189-202
- Riecher-Rössler A (2004) Schizophrene Psychosen: Früh erkennen, früh intervenieren. INFO Neurologie & Psychiatrie 4: 11-14
- Riecher-Rössler A (2004) Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen in der Hausarztpraxis. Med. pharm. drog. hosp. 5: 21-24 (auch auf Französisch erschienen: Détection précoce et traitement précoce des psychoses schizophréniques au cabinet du médecin de premier recours)
- Riecher-Rössler A, Rechsteiner E, D'Souza M, von Castelmur E, Aston J (2006) Frühdiagnostik und Frühbehandlung schizophrener Psychosen – ein Update. Swiss Medical Forum 6: 603-609
- Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, Pflüger M, Radü W, Schindler Ch, Stieglitz RD (2007) The Basel early-detection-of-psychosis (FEPSY)- study – design and preliminary results. Acta Psychiatrica Scandinavica 115:114-125

Shepherd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N (1989) The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med* 19 (Suppl 15): 1-46

Wyatt RJ, (1991) Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr. Bull* 17: 325-351

Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86: 103-126