

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen

A. Riecher-Rössler

Zusammenfassung

Die Früherkennung und Frühbehandlung von schizophrenen Psychosen ist von entscheidender Bedeutung zur weiteren Verbesserung des Verlaufs dieser bisher häufig chronisch verlaufenden und zur Frühberentung führenden Erkrankungen.

Frauen erkranken im Durchschnitt etwa 4–5 Jahre später als Männer, oft noch nach dem 40. Lebensjahr. Diese «Spätschizophrenien», die bei Frauen immerhin etwa 20% aller Schizophrenien ausmachen, sollten nicht übersehen werden. Prodromi und andere Vorboten der Erkrankung sind bei Frauen ganz ähnlich wie bei Männern, auch die Verzögerung von Diagnostik und Therapie zeigt keine Geschlechtsunterschiede. Durch die Tatsache, dass Frauen im Mittel erst in höherem Alter erkranken als Männer, sind sie in ihren verschiedenen sozialen Rollen schon besser etabliert. Allerdings besteht offensichtlich die Gefahr, dass bei Frauen die berufliche Integration vernachlässigt wird. Früherkennung, Frühintervention und Frührehabilitation sollten aus den genannten Gründen immer auch geschlechtersensibel sein.

Die Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen ist in den letzten Jahren zu einem weithin akzeptierten Ziel der Psychiatrie geworden. Früherkennungs- und Frühbehandlungszentren wurden und werden weltweit etabliert. Ausgelöst wurde

diese Entwicklung durch verschiedene Beobachtungen und Erkenntnisse:

- schizophrene Psychosen beginnen häufig schleichend und atypisch
- die Diagnose und Behandlung dieser Psychosen erfolgte bisher häufig nur mit schwerwiegender Verzögerung
- diese Erkrankungen haben gerade schon in ihrer frühen, noch undiagnostizierten Phase sehr ernste Folgen
- eine frühe Behandlung kann Verlauf und Prognose entscheidend verbessern [1, 2]

Die beginnende Psychose

Prodromi und Frühsymptome

Wie die Forschung der letzten Jahrzehnte gezeigt hat, beginnen schizophrene Psychosen im Mittel schon mehrere Jahre vor der ersten stationären Aufnahme und Diagnosestellung. Zunächst zeigen sich aber nur ganz unspezifische Beschwerden wie Energie- und Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Ängste, Misstrauen und sozialer Rückzug (Tab. 1).

Viele dieser Symptome macht die Patientin/der Patient mit sich alleine ab, viele sind aber auch nach außen beobachtbar. Der meist noch junge Mensch verhält sich «irgendwie merkwürdig», er ist «einfach nicht mehr der alte». Zunehmend deutlich wird oft auch, dass er seine bisherigen Rollen in Beruf, Partnerschaft und Familie nicht mehr erfüllen kann.

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

Tabelle 1 Mögliche Frühzeichen der Psychose

Veränderungen des Wesens

- Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit
- Erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit
- Schlafstörungen, Appetitlosigkeit
- Selbstvernachlässigung
- Plötzlicher Mangel an Interesse, Initiative, Energie, Antrieb

Veränderungen der Gefühle

- Depression, verflachte Gefühle oder starke Stimmungsschwankungen
- Ängste – insbesondere Angst, geschädigt/bedroht zu werden

Veränderungen der Leistungsfähigkeit

- Geringe Belastbarkeit, v.a. bei Stress
- Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit
- Leistungsknick

Veränderungen im sozialen Bereich

- Misstrauen
- Sozialer Rückzug, Isolation
- Probleme in Beziehungen

Veränderungen der Interessen

- Plötzliche ungewöhnliche Interessen, z.B. für Religiöses oder übernatürliche Dinge, Magie etc.

Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens

- Ungewöhnliche Wahrnehmungen (z.B. Intensivierung oder Veränderung von Geräuschen oder Farben; Gefühl, man selbst oder die Umgebung sei verändert.)
- Eigentümliche Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben, z.B. Eigenbeziehungen (Patientin bezieht alles auf sich); Gefühl, beobachtet zu werden, Beeinflussungserleben (Gefühl, andere können auf mich oder meine Gedanken Zugriff nehmen, mich kontrollieren, steuern)

**Verzögerung der Diagnose
und Behandlung**

Leider wird die Erkrankung häufig erst viel zu spät erkannt. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Zum einen beginnt die Erkrankung – wie erwähnt – häufig mit atypischen Frühzeichen, sogenannten «Prodromi», zum anderen bestehen auf seiten der Patienten häufig großes Misstrauen und auch – das ist das Wesen der Psychose – mangelnde Krankheitseinsicht, sodass 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 manchen Ärzten nach wie vor noch eine gewisse Scheu, die Verdachtsdiagnose einer schizophrenen Psychose zu stellen. Dies wird oft damit begründet,

man wolle die Patienten nicht unnötig stigmatisieren. Eine solche Haltung scheint inzwischen nicht mehr adäquat. Denn durch eine solche Verleugnung tragen Ärzte und Therapeuten zur weiteren Stigmatisierung bei. Die Erfahrung mit anderen stigmatisierten Erkrankungen wie z.B. Depression oder Aids/HIV hat vielmehr gezeigt, dass ein offener Umgang sehr viel zur Entstigmatisierung beitragen kann. Schizophrene Psychosen sollten deshalb diagnostiziert und behandelt werden wie jede andere Erkrankung auch. Nur so können sie zu einer gesellschaftlich akzeptierten Erkrankung gemacht werden.

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

Tatsächlich kommt es aber häufig immer noch zu einer fatalen Verzögerung der Behandlung: Im Mittel verstreichen zwei bis fünf Jahre vom Beginn der Prodromalphase und etwa ein bis zwei Jahre vom Beginn der psychotischen Vorphase bis zur Erstdiagnose und stationären Behandlung.

Im Rahmen der sogenannten ABC-Studie (**A**ge, **B**egin and **C**ourse of Schizophrenia) haben wir 267 Ersthospitalisierte mit schizophrenen Psychosen ausführlich befragen können [3–5]. Bei ihnen hatten sich im Mittel schon 4,6 Jahre vor Erstaufnahme unter dieser Diagnose die ersten Anzeichen einer psychischen Störung gezeigt und zwei Jahre davor die ersten psychotischen Symptome wie Wahn, Halluzinationen und Ichstörungen.

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.

**Geschlechtsspezifische Verzögerung
von Diagnose und Behandlung?**

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;4 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 drei bis vier Jahre später. 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. Eine mögliche Erklärung für diesen späteren Erkrankungsbeginn bei Frauen ist die Hypothese, dass Frauen durch die Östrogene einen größeren physiologischen Schutz haben [6, 7].

Diese Geschlechtsunterschiede im Erkrankungsalter sind 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

Wie wir inzwischen wissen, hat schon die beginnende Erkrankung in ihrer unspezifischen Prodromalphase und ihrer noch undiagnostizierten psychotischen Frühphase häufig schwerwiegende Folgen. Schon Kahn (1923), ein Kraepelinschüler, sprach von einem beobachtbaren «Knick in der Lebenslinie», der sich bereits in einem frühen Stadium 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. Gerade durch die Tatsache, dass diese Erkrankungen oft schon bei sehr jungen Menschen beginnen, führen sie oft auch zu massiven Beeinträchtigungen der psychischen, kognitiven und persönlichen Entwicklung. Während diese letztgenannten Bereiche erst recht unzureichend untersucht wurden, wurden in den letzten Jahren sehr gut die psychosozialen Folgen der beginnenden Erkrankung beschrieben, insbesondere im Rahmen der schon erwähnten ABC-Studie [5, 8].

So führen häufig die depressive Verstimmung, die Energie- und Antriebslosigkeit, die Denk- und Konzentrationsstörungen der beginnenden Psychose zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Schule, Studium oder Beruf. Dadurch kommt es meist zu einer erheblichen Selbstwertkrise, was die Symptomatik noch weiter verstärken kann. Dies, einhergehend mit einer allgemeinen Irritierbarkeit, einer gestörten Kapazität 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.

Oft besteht auch in der Familie kein Verständnis für den plötzlichen Leistungsknick und den Rückzug der Patientin. Sie wird als *faul* oder *unwillig* verkannt, wodurch es zu langanhaltenden schweren Krisen in der Familie kommen kann. Wird die Erkrankung nicht erkannt, kommt es in der Folge häufig auch 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 – vor allem bei Männern – zu Substanzmissbrauch, insbesondere zu Missbrauch von Alkohol oder Cannabis kommen. Nicht wenige Patientinnen 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 häufig schon infolge der *beginnenden* Erkrankung zu einem deutlichen sozialen Abstieg oder 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.

Diese sozialen Schwierigkeiten sind folglich weniger – wie man das früher zum Teil glaubte – *Ursache* der Erkrankung, sondern eher ihre oft schon frühen *Folgen*. 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 [8, 9].

Psychosoziale Folgen und Geschlecht

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie stark die soziale Stagnation der Kranken ist, wie sehr sie also *in der Prodromalphase* der Erkrankung in ihrer sozialen Entwicklung hinter der vergleichbarer Gleichaltriger aus der Normalbevölkerung zurückbleiben. Diese Frage wurde im Rahmen der ABC-Studie anhand einer Fallkontrollstudie geprüft [8]. Für eine repräsentative Untergruppe von 57 Patienten und Patientinnen wurden 57 Kontrollpersonen aus der Bevölkerung interviewt, die nach Alter und Geschlecht parallelisiert waren. Auch hier zeigten sich wieder 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 bzw. ihren Therapeuten und Helfern eine größere Bereitschaft, auf Beschäftigung zu verzichten, wenn es Schwierigkeiten gibt, als bei Männern. Dies ist ein interessanter Befund, der sicher der Diskussion bedarf.

Umgekehrt war es in allen anderen Bereichen. Hier war jeweils eine stärkere Stagnation der kranken *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 der betroffenen jungen *Männer*: Sie erreichten nur in 27% der Fälle eine höhere Schulbildung, während dies in der Normalbevölkerung 53% der jungen Männer waren.

Eigenständiges Wohnen erreichten kranke Frauen gleichermaßen wie ihre gesunden Geschlechtsgenossinnen. Kranke Männer dagegen lebten etwa nur halb so häufig in einer eigenen Wohnung wie die Vergleichsgruppen.

Am stärksten war die soziale Stagnation aber bei Partnerschaft und Heirat zu beobachten. 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 kranken Männern und Frauen gegenläufig: Sie hatten im Lauf der Beobachtungszeit immer seltener eine feste Partnerschaft [8]. Auch konnten wir zeigen, dass die beginnende Erkrankung schon in ihren frühesten Prodromalphase ein ernsthaftes Heiratshindernis darstellt [9].

Die Psychose hat also schon in ihrer Frühphase schwerste und zum Teil auch geschlechtsunterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen sozialen Rollen, und zwar insbesondere in den Bereichen Partnerschaft und Ausbildung/Beruf.

Weitere Folgen der Verzögerung von Diagnose und Therapie

Darüber hinaus kann eine verzögerte Behandlung aber auch den Krankheitsverlauf selbst negativ beeinflussen und zahlreiche andere negative Auswirkungen für die Betroffenen und ihre Nächsten haben [2, 10–12].

Konsequenzen einer verzögerten Behandlung

- verzögerte und unvollständige Besserung der Symptomatik
- Kognitive Verschlechterung
- Schlechtere Prognose
- Höhere Neuroleptikadosis
- Geringere Compliance/Alliance
- Höhere (Re-)hospitalisierungsrate
- Höhere Behandlungskosten
- Erhöhtes Risiko für Depression, Suizid, Alkohol, Drogen, Delinquenz

- Stärkere Beeinträchtigung der psychologischen und sozialen Entwicklung sowie der Lebensqualität

Frühdiagnose

Aus den genannten Ausführungen ergibt sich klar, wie wichtig die 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 [2, 10, 13, 14].

Während sich die Früherkennung in den ersten Jahren vor allem auf die frühe Diagnose einer eindeutigen Psychose konzentrierte, also auf eine Verkürzung der **Dauer der unbehandelten Psychose (DUP)**, wird in neuerer Zeit zum Teil auch versucht, beginnende Psychosen schon in ihren unspezifischen Prodromalphasen zu erkennen bzw. Risikopatienten für die Entwicklung einer schizophrenen Psychose zu identifizieren. Damit soll auch die **Dauer der unbehandelten Erkrankung (Illness) (DUI)** reduziert werden. Zuverlässige Methoden für letztgenannten Ansatz gibt es aber leider noch nicht. Allerdings kann an wenigen spezialisierten Zentren inzwischen eine gewisse Einschätzung des Risikos erfolgen.

Ziele der Früherkennung

- Früherkennung einer klaren Schizophrenie
- Differentialdiagnose
- Frühe, zuverlässige Einschätzung des Psychose-Risikos
- Patienteninformation und -aufklärung
- Behandlung schon vorhandener Symptome und Betreuung (supportive Therapie, syndromorientierte Medikation)
- Überwachung der Krankheitsentwicklung
- Sofortige *spezifische* Behandlung bei psychotischer Dekompensation (antipsychotische Medikation, spezifische Psychotherapie und Trainingsmaßnahmen etc.)

Ganz wichtig ist, dass die Patientin gerade im Erstkontakt die Scheu vor dem medizinischen Versorgungssystem verliert und dass sie zu einem Arzt ihres Vertrauens gebracht wird – wenn dieser nicht ohnehin schon der erste Ansprechpartner war. Ziel des Primärversorgers sollte dann *nicht* unbedingt die sofortige Klärung der Diagnose sein, sondern zunächst einmal die vorsichtige, vertrauensbildende Kontaktaufnahme. Denn eine gute therapeutische Beziehung ist nicht nur von eminenter Bedeutung für die weitere Compliance/Alliance und damit weitere Abklärung und Prognose dieser Erkrankungen, sondern auch für die Lebensqualität dieser vulnerablen Menschen.

Kontaktaufnahme und Kommunikation mit den Pa-

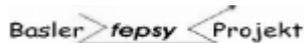
tientinnen können in diesem Stadium der beginnenden Erkrankung sehr schwierig sein. Viele Patientinnen haben – bedingt durch zahlreiche Ängste und die häufig vorhandene Minussymptomatik mit vermindertem Antrieb, desorganisiertem Verhalten und Motivationsstörung – Schwierigkeiten, die Praxis aufzusuchen oder Termine einzuhalten. Patientinnen, die Termine verpassen, sollte bei Verdacht auf Psychose unbedingt nachgegangen werden, gegebenenfalls auch mit Hausbesuchen. Auch falls Angehörige besorgt sind und die Patientin sich weigert, in die Praxis zu kommen, sollte ein Hausbesuch geplant werden.

Mit fortschreitender Krankheit wird die Beziehungsaufnahme immer schwieriger, da die Patientin zunehmend die Krankheitseinsicht verliert. Tragischer-

weise gehört es zur Psychose, dass die Patientin zunehmend weniger erkennt oder dem Arzt glaubt, dass sie krank sein könnte, sondern zunehmend davon überzeugt ist, dass etwas gegen sie im Gange ist. Entsprechend groß werden ihre Ängste und ihr Misstrauen. Schon am Anfang der Erkrankung besteht zunächst oft ein gewisses Misstrauen, das auch die Arzt/Patient-Beziehung stören kann. Hinzu kommen bei weiter fortgeschrittener Erkrankung Beziehungs- und Verfolgungsideen. So kann die Patientin etwa glauben, bestimmte Dinge würden speziell ihretwegen gemacht oder sie solle geschädigt werden. In dieses Denksystem kann sie auch den Arzt mit einbeziehen, der, wenn er nicht aufpasst, schnell zum Verfolger wird. Wichtig ist deshalb, alles zu vermeiden, was das Misstrauen der Patientin erregen könn-



Psychiatrische Poliklinik



Prof. Dr. med. A. Riecher – Rössler
Dr. med. Dipl. Psych. U. Gschwandtner
Prof. Dr. rer. nat. R. - D. Stieglitz
Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, 4031 Basel
Tel.: 061 - 265 50 40, Fax: 061 - 265 45 88
e-mail: fepsy@uhbs.ch

Risikocheckliste für Psychosen

Wenn bei jungen Menschen anhaltende Veränderungen im Wesen oder in ihrer Leistung auftreten, sollte man immer an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken. Achten Sie bitte auf folgende mögliche Frühzeichen oder Risikofaktoren, insbesondere wenn diese in den letzten Jahren neu aufgetreten sind:

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, Hellschere, 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 (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 im 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

- Ist die Patientin/der Patient unter 30 Jahre alt (auch späterer Beginn ist möglich)?

Sollten mehrere dieser Auffälligkeiten bestehen, so bitten wir Sie, mit der Sprechstunde zur Früherkennung von Psychosen in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Kontakt aufzunehmen (Telefon 061/265 50 40). Folgende Personen nehmen gerne Ihre Anfrage entgegen: Frau Dr. U. Gschwandtner, Frau Dr. J. Aston, Frau Prof. Riecher-Rössler.

te. Nichts sollte heimlich hinter ihrem Rücken geschehen. Bei notwendigen Schritten, wie einer Überweisung an den Psychiater, sollte sie hierüber möglichst offen informiert werden.

Mit Einverständnis der Patientin sollten, wenn immer möglich, auch Angehörige befragt werden. Sie können oft Genaueres über die Veränderung der Patientin berichten. Wichtig ist auch die Familienanamnese (Angehörige 1. oder 2. Grades mit Psychose?), da die genetische Belastung das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, maßgeblich beeinflusst.

Sollte die Patientin ein gewisses Risiko für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung zeigen oder gar schon an einer ausgeprägten Psychose leiden, sollte sie möglichst an einen Psychiater oder – wenn möglich – auch an ein spezialisiertes Früherkennungszentrum überwiesen werden. Dabei ist aber gut darauf zu achten, dass die Patientin dort auch «ankommt» und auch im weiteren Verlauf nicht im Betreuungsnetz «verloren geht».

Eine Hilfe bei der Erfassung des Psychoserisikos gibt unsere Risikocheckliste (Abb. 1). Viele der genannten unspezifischen Anzeichen können selbstverständlich auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen. Spezifischere Hinweise sind aber z.B. Misstrauen, der bereits erwähnte «Knick in der Lebenslinie», zunehmende kognitive Störungen (z.B. ausgeprägte Konzentrationsstörungen, «Gedanken gehen durcheinander», «kann nicht mehr klar denken»), Veränderungen in der Wahrnehmung (z.B. Ungewöhnliches hören oder sehen), beginnende Beziehungsideen (bestimmte Ereignisse auf sich beziehen, sich «gemobbt» oder beobachtet fühlen) oder auch die Entwicklung von ungewöhnlichen Interessen (z.B. plötzliches, vorher ungewohntes Interesse an Religiösem).

Von größter Bedeutung ist in diesem Stadium auch die *Differentialdiagnose* bzw. der Ausschluss organischer oder exogener Ursachen der Psychose, die von drogeninduzierter Psychose bis zu Psychosen bei den verschiedensten hirnbeteiligten Erkrankungen reichen können. Dabei ist zu beachten, dass auch bei schizophrenen Psychosen Drogen häufig nur der *Auslöser*, nicht aber die eigentliche Ursache der Erkrankung sind. Schizophrenieähnliche Psychosen sollten also nur dann als «Drogenpsychose» betrachtet werden, wenn sie *ausschließlich* in eindeutigem zeitlichem Zusammenhang mit Drogeneinnahme auftreten [15].

In vielen Ländern gibt es inzwischen auch sogenannte «Zentren für Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen». In der Schweiz wurde 1999 das erste Zentrum in unserer Psychiatrischen Poliklinik am Basler Universitätsspital gegründet, das sogenannte FePsy (Früherkennung von Psychosen)-Zentrum, das – vor allem auch durch die Integration in das leicht zugängliche und nicht stigmatisierte Allgemeinspital – zu einer wichtigen Anlaufstelle für fraglich Betroffene und ihre Zuweiser geworden ist [16].

Schlussfolgerung

Wenn junge Männer, aber auch Frauen mittleren Alters und nach der Menopause «sich irgendwie merkwürdig entwickeln», sollte der praktisch tätige Arzt immer auch an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken und die Patientin im Zweifelsfall zu einem Facharzt für Psychiatrie oder wenn möglich an ein spezialisiertes Früherkennungszentrum überweisen.

Adresse

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

Literatur

1. Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg.) Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München: Urban & Fischer-Verlag, 2005: 522–33.
2. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia – how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006a; 113(429): 73–80.
3. Riecher A, Maurer K, Löffler W, et al. Gender Differences in age at onset and course of schizophrenic disorders – a contribution to the understanding of the disease? In: Häfner H, Gattaz WF (Hrsg.) Search for the causes of schizophrenia. Vol II. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 1990: 14–33.
4. Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Fätkenheuer B, Munk-Jørgensen P, Strömberg E. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1991; 59: 343–60.
5. Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl 407): 58–62.
6. Riecher-Rössler A, Häfner H. Schizophrenia and estrogens – is there an association? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1993; 242: 323–8.
7. Riecher-Rössler A. Oestrogens and schizophrenia – Review. *Current Opinion in Psychiatry* 2003; 16: 187–92.
8. Häfner H, Nowotny B, Löffler W, et al. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 246: 17–28.
9. Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Löffler W, Maurer K, Häfner H. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? Some remarks on the difficulties and pitfalls in systematic testing of a “simple” question. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 122–8.
10. Wyatt RJ. Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophr Res* 1991; 5(3): 201–2.
11. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, et al. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000; 45: 1–9.

12. Malla AK, Norman RMG, Manchanda R, et al. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res* 2002; 54: 231–42.
13. Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Dunitz, 2002.
14. Malla AK, Norman RMG. Early intervention in schizophrenia and related disorders: advantages and pitfall. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 17–23.
15. Drewe M, Drewe J, Riecher-Rössler A. Cannabis und Psychosegefährdung. *Swiss Medical Weekly* 2004; 134: 659–63.
16. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, Pflüger M, Radü W, Schindler Ch, Stieglitz RD. The Basel early-detection-of-psychosis (FEPSY)-study – design and preliminary results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115: 114–25.

Summary:
Early detection of schizophrenic psychoses in men and women

The early detection and treatment of schizophrenic psychoses is of decisive importance in order to improve the course of this disorder, which so far often is a chronic one leading to early invalidity.

Women on average fall ill about 4–5 years later than men, often even only after the 40th year of life. These “late onset schizophrenias”, which account for as much as 20% of all schizophrenias, should not be overlooked.

Prodromi and other early signs of the disorder are very similar in women and men as is the delay of diagnosis and therapy. Due to the fact that women get the disorder only at a higher age, they are usually already much better established regarding their different social roles. However, there obviously is a danger to neglect professional (re-)integration in women. Early detection, early intervention and early rehabilitation therefore should also be gender sensitive.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, CH-4031 Basel
E-mail: ariecher@uhbs.ch*