

Aspekte zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen

# Psychoseprävention



Dr. Elisabeth Streit

Durch psychische Erkrankungen bedingte Krankschreibungen und Berentungen nehmen zu mit Kosten von fast 1 % des Bruttoinlandsproduktes. Insbesondere um ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern ist hier ein rascher Therapiebeginn und möglichst sogar Prävention sehr wichtig. Es gibt bereits Präventionsprogramme für psychische Erkrankungen, z. B. zur Förderung der sozialen Kompetenz bei Depressionen sowie studienbegleitet für Psychosen. In den letzten 10 Jahren entstanden eine Reihe von **Früherkennungszentren**, spezialisiert auf das Erkennen von Frühformen psychotischer Erkrankungen. Deren, in Studien als prädiaktiv erkannte Kriterien sollen hier vorgestellt werden, sowie eine **Checkliste** ERiraos Early Recognition Inventory, erarbeitet von dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim und dem FETZ Köln ([www.fetz.org](http://www.fetz.org)) i. R. des Kompetenznetz Schizophrenie für ein erstes Screening, welche über [www.asu-praxis.de](http://www.asu-praxis.de) heruntergeladen werden kann. Die Checkliste wurde für Allgemeinärzten und Beratungsstellen als Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt um erste Hinweise für das Bestehen von Frühsymptomen zu erhalten. In 15 Fragen zur psychischen Befindlichkeit lassen viele zunächst eher depressive Verstimmungen vermuten und weniger als die Hälfte haben Psychose hinweisenden Charakter. Nach Drogenkonsum, Leistungsknick, Rückzug und positiver Familienanamnese wird nicht gefragt, aber dies könnte als zusätzliche Risikokonstellationen in einem Gespräch erfragt werden. So kann eine gute Trennung von Gesunden zu psychisch Kranken erreicht werden mit unspezifischem Hinweis auf ein erhöhtes Psychoserisiko, dessen Benennung aber unbedingt erst nach einer differenzierten Diagnostik an spezialisierten Stellen erfolgen sollte.

Die Bedeutung der Betriebsärzte gewinnt in der allgemeinen Krankheitsprophylaxe zunehmend an Beachtung, im Selbstverständnis, u. a. mit dem Ansatz der Schulung von Führungskräften in Hinblick auf die Seelische Gesundheit, aber auch als Zielgruppe der Öffentlichkeitsarbeit der Früherkennungszentren um für die auf eine Psychose hinweisenden Frühsymptome zu sensibilisieren. Betriebsärzte sehen häufig psychische Belastungen durch stärkere Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit, mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte und wenig Selbstbestimmtheit. Bei Menschen mit Psychosen kann hinzukommen, dass Schwierigkeiten bestehen Gedanken, Wünsche und Gefühle anderer zu verstehen, sodass es hilfreich sein kann Vorgesetzte auf eine sorgfältige Kontrolle der Ausdrucksweise, z. B. Gebrauch von Ironie hinzuweisen um Missverständnisse und Ängste zu vermeiden. Bei den Arbeitnehmern kann, durch die Erfassung von berufsbedingten Stressoren, aber auch allgemeinen gesundheitlichen Risikofaktoren oft über Jahre hinaus eine gezielte Beratung mit primärprophylaktischer Wirkung möglich werden bei Bevölkerungsgruppen, die u. U. sonst nicht zum Arzt gehen würden, insbesondere jüngere Menschen, Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status. So kann bei dem Auftreten von Frühsymptomen eine rechtzeitige Weitervermittlung an spezialisierte Zentren erfolgen, sei es zum Cardiologen bei einer Angina Pectoris oder bei psychischen Störungen an Psychiater oder Früherkennungszentren. Viele Betriebsärzte kennen die Schwierigkeit bei schon akuten psychotischen Krisen mit Handlungsbedarf, aber Krankheitsuneinsichtigkeit an Versor-

gungseinrichtungen zu vermitteln und oft muss dann der Weg über den Sozialpsychiatrischen Dienst oder Polizei/Ordnungsamt gegangen werden. Ein vorangegangener positiver Beratungskontakt könnte im Krankheitsfall die Bereitschaft Therapieangebote zu nutzen verbessern. Früherkennung kommt vor allem für psychotische Erkrankungen in Betracht, die schleichend beginnen und langfristig eine besonders ungünstige Prognose aufweisen. Dies gilt insbesondere für schizophrene Störungen. Die **Schizophrenie** ist nach der WHO die am 5. häufigste zur dauerhaften Behinderung führende Erkrankung, noch vor kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes. Mit einer Lebenszeitprä-

ERIRAOS - Early Recognition Inventory  
**Checkliste zur Früherkennung (Altersgruppe 18 – 40 Jahre)**

Die Beantwortung der folgenden 15 Fragen dient der rechtzeitigen Erkennung eines erhöhten Risikos für bestimmte psychische Störungen. Bitte kreuzen Sie das rechte Kästchen an, wenn die Frage irgendwann während der letzten 12 Monate zutreffend ist. Diese Seite endet mit einer allgemeinen Frage zum Verlauf im vergangenen Jahr.

Datum: \_\_\_\_\_

1	Sind Sie schwelgsamer oder einzelgängerischer geworden? Haben Sie sich von anderen Personen zurückgezogen?	ja/zu
2	War Ihre Stimmung über Wochen hinweg depressiv (bedrückt, traurig, melancholisch, niedergeschlagen, verzweifelt)?	<input type="checkbox"/>
3	Hatten Sie einen schlechten Schlaf (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen)? Hätte Ihr Appetit oder Ihr sexuelles Interesse nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
4	Sind Ihre Bewegungen oder das Sprechen und Denken deutlich langsamer geworden?	<input type="checkbox"/>
5	Hat Ihre gefühlmäßige Anteilnahme nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
6	Hat Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf, bei der Arbeit/tauche, deutlich nachgelassen? Kam es zu Leistungseinbußen?	<input type="checkbox"/>
7	Mussten Sie andauernd über bestimmte Dinge nachhaken? (die z.B. Gewalt, sexuelle Themen oder körperliche Veränderungen als Inhalt hatten)	<input type="checkbox"/>
8	Hatten Sie Schwierigkeiten, den Kontakt mit anderen Menschen noch genauso gut aufzunehmen und aufrecht zu erhalten wie früher? Fühlten Sie sich trotz des Wunsches nach Kontakt unsicher, verunsichert, beängstigt als früher?	<input type="checkbox"/>
9	Wurden Ihre Interessen oder Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig empfunden?	<input type="checkbox"/>
10	Hatten Sie häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinkommen, ausnutzen oder betrogen wollten?	<input type="checkbox"/>
11	Fühlten Sie sich häufig nervös, unruhig oder angespannt? Gerieten Sie dadurch auch manchmal über Kleinigkeiten mit anderen in Streit? Sind Sie aktiver als sonst, so dass die Meinung entstehen konnte, mit Ihnen stimme etwas nicht?	<input type="checkbox"/>
12	Kommt Ihnen manchmal Ihre gewohnte Umgebung verändert oder unwirklich und fremd vor? Oder hatten Sie das Gefühl, nicht Sie selbst, sondern unwirklich oder sich fremd zu sein, z.B. beim Blick in den Spiegel?	<input type="checkbox"/>
13	Hatten Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen beschäftigt? (z.B. religiöse oder esoterische Themen)	<input type="checkbox"/>
14	Stimmt etwas mit Ihrem Denken nicht? (Gedankengänge werden plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört; Gedanken werden manchmal aus dem Kopf entzogen; die eigenen Gedanken strahlen aus; andere Menschen können Ihre Gedanken lesen; Gedanken werden in Ihren Kopf gebracht, die nicht Ihre eigenen sind)	<input type="checkbox"/>
15	Nehmen Sie manchmal Menschen oder Dinge in Ihrer Umwelt verändert wahr? (Sahen, hörten, spürten, rochen oder schmeckten Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen konnten, für die sich aber auch keine natürliche Erklärung finden ließ?)	<input type="checkbox"/>
16	Fühlen Sie sich phasenweise von anderen ganz besonders beobachtet, verfolgt oder bedroht? Versucht irgendwann, Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen?	<input type="checkbox"/>

Hat sich die als "zutreffend" angekreuzte Symptomatik im vergangenen Jahr insgesamt eher...

...verschlimmert?  ...nicht verändert? (bitte den zutreffenden Pfeil ankreuzen)  ...verbessert?

V SR 0100 LVR

Checkliste auf Sie zutreffend...  
 In Früherkennungszentren und Therapiezentren können Sie Hilfe bekommen. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten.

Erreichbar (Tel / Funk): \_\_\_\_\_  
 psychologisch behandelt?  JA  NEIN  
 in der Regel nicht mehr gegeben.

Adresse / Kontakt des Früherkennungszentrums  
 Telefonnummern  
 E-Mail über [www.fetz.org](mailto:www.fetz.org) oder [www.fetz.de](mailto:www.fetz.de)

Download:  
[www.asu-praxis.de](http://www.asu-praxis.de)

valenz von ca. 1 % erhalten Schizophrenen aufgrund des frühen Erkrankungsalters (in der Regel 18–35 Jahre) und aufgrund des bei mindestens einem Drittel der Erkrankten chronischen Verlaufs eine besondere Bedeutung.

10 % der Betroffenen suizidieren sich in den ersten beiden Jahren der Erkrankung und viele Betroffene werden gar nicht erst berufstätig und geraten ins gesellschaftliche Abseits mit überproportional hoher Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und stark reduzierten sozialen Kontakten.

In der **Psychoseprävention** ist es in den letzten Jahren gelungen klinische Beratungs- und Handlungsempfehlungen zu formulieren anhand einer auf Risikoanzeichen beruhenden Früherkennung. Die Kriterien der Psychoseprävention, als indizierte Prävention wurden auf der Grundlage von in prospektiven Studien als prädiktiv erkannten, klinisch feststellbaren Anzeichen formuliert.

**Früherkennung**, Prediktion geht der Prävention voraus!

Ein, wie wir sagen „erhöhtes Psychoseerisiko besteht dann“ immer unter Beachtung der verbleibenden Möglichkeit, dass ca. 30 % der Betroffenen fälschlich als risikobehaftet angesehen werden. Dies erfordert einen besonders sensiblen Umgang in der Beratung, auch hinsichtlich einer Stigmatisierung und evt. Therapienebenwirkungen.

In retrospektiven Studien, insbesondere der ABC-Studie 1987 wurden prodromale Symptome bei  $\frac{3}{4}$  der an Psychose Erkrankten erhoben, wobei diese ca. 5 Jahre noch nichtpsychotischer Ausprägung waren. In diesem Zeitraum began schon der soziale Abstieg der später als schizophren diagnostizierten Menschen, sodass die richtige Deutung der Frühsymptome, gerade in niederschweligen Institutionen weichenstellend sein kann für eine differenzierte Diagnostik und einen Kontakt zu Versorgungseinrichtungen, damit schnell nach dem Auftreten von psychotischen Symptomen adäquat behandelt werden kann. Zwischen den ersten schon psychotischen Symptomen und einer neuroleptischen Therapie verstrich meist

noch ein Jahr. Retrospektiv erwies sich die Dauer einer unbehandelten Psychose als ungünstiger Prädiktor für den weiteren Verlauf der Erkrankung.

Da es aber, anders als bei einer Präkanzerose prospektiv kein Prodrom gibt, also viele Frühsymptome nicht zwangsläufig in eine Psychose münden, sondern oft in die häufigeren Erkrankungen wie Angststörungen, depressive oder somatoforme Störungen, sollte, auch um eine Stigmatisierung zu vermeiden im Vorfeld vor der Überweisung an einen Psychiater oder ein Früherkennungszentrum immer von einer Abklärung von psychischen Erkrankungen gesprochen werden (also ohne den Begriff der Psychose zu verwenden).

Andererseits kann gegen die Stigmatisierungsgefahr bei zunächst als falsch positiv eingeschätzten mit verständlichen Vorbehalten gegenüber der Psychosefrüherkennung angeführt werden, dass für die deutlich höhere Anzahl derer mit Psychoseerisiko dann das Dilemma der verzögerten Behandlung besteht mit Übergängen von über 20 % nach 12 Monaten und 70 % nach 9 Jahren und das Stigma einer dann bestehenden Psychose als ungleich höher anzusehen ist. Außerdem sind die Betroffenen ja bereits bei der Vorstellung im Früherkennungszentrum meist psychisch belastete Ratsuchende und sind als solche bereits in der Gesellschaft und in der Selbstwahrnehmung häufig schon stigmatisiert.

Auch sahen in einer Untersuchung zur Dauer der unbehandelten Psychose Kollegen des Kölner Fetz bei einer langen Dauer, also verzögertem Therapiebeginn häufiger zusätzliche Angaben über depressive Verstimmungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Körperwahrnehmungsstörungen als bei Verläufen mit raschem Therapiebeginn, sodass zumindest in Betracht gezogen werden sollte, dass sich bei solchen Beschwerden zusätzlich Zeichen eines erhöhten Psychoseerisikos entwickeln können und zunächst überlagert werden.

Wir sehen in der Praxis eine eher große Akzeptanz durch die Angehörigen und Betroffenen, mit oft subjektiv schon deutlich belastenden Beschwerden, de-

ren individuelle Behandlung in der Beratung immer mit Beachtung findet auch wenn sich kein erhöhtes Psychoseerisiko in der Früherkennungstestung herausstellt. Zudem wird eine Diagnosestellung oft als eher entlastend empfunden, da dann durch die Beratung Be- und Selbsthandlungskonzepte vermittelt werden. Manchmal anhand eines Synapsenmodells um veränderte neurochemische Transmitterzustände auf der Informationsverarbeitungsebene zu vermitteln, wodurch viele Frühsymptome im Ansatz erklärt werden können, aber auch mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Copingmodell, welches auch in der Rezidivprophylaxe erprobt ist. Es wird erklärt, wie ein angeborenes Psychoseerisiko, genetisch oder durch Geburtskomplikationen (Vulnerabilität) durch Stressreduktion und Drogenabstinenz, sowie verbesserte Bewältigungsstrategien abgemildert werden kann. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten werden ebenso vorgestellt, wie kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie (cogpack) zur Verbesserung der kognitiven Leistungen und an manchen Stellen ist auch die Teilnahme an der Therapiestudie PREVENT möglich, in welcher doppelblind, randomisiert überprüft wird, inwiefern Verhaltenstherapie gegenüber einer niedrig dosierten Neuroleptie überlegen sein könnte den Übergang in eine Psychose vorzubeugen oder zu verzögern. Es gibt positive Berichte über den Einsatz von omega-3-Fischöl.

### Die Kriterien, die auf ein erhöhtes Psychoseerisiko hinweisen:

Klinisch hat es sich bewährt von psychosefernen und psychosenahem Prodrom zu sprechen. Damit ist auch eine stufenweise Therapieempfehlung verbunden von zunächst psychotherapeutischen Interventionen und bei dem Auftreten von psychoseähnlicher Symptomatik auch Neuroleptie.

Diese Einteilung aus dem KNS, Kompetenznetz Schizophrenie vereint die Studienkriterien der maßgeblichen Forschungsgruppen mit aktuell vier Gruppen:

- I Basissymptome
- II abgemilderte (attenuierte) psychotische Symptome
- III kurze und selbstlimitierte psychotische Symptome (Blips, brief limited psychotic symptoms) und
- IV Genetisches Risiko plus Funktionsabfall

**Psychosenahes Erleben**, welches über Wochen in **abgemildeter Form (APS)** oder **kurz und vorübergehend auftritt (BLIPS)** (Stunden bis wenige Tage) mit unbegründetem Misstrauen bis zu Verfolgungswahn, Wahrnehmungsstörungen (Hören von Geräuschen, optische Verzerrungen) oder erschwerten oder bizarren Denkleistungen. (langsames, unterbrochenes oder verworrenes Denken, Überzeugung, die Gedanken können gelesen oder beeinflusst werden) stellt einen hohen Risikofaktor für einen Übergang in eine Psychose dar.

Wenn derartige Symptome aber schon seit Jahren immer wieder bestanden und somit eher der Persönlichkeit des Betroffenen zuzuordnen sind, tragen Sie nur zur Psychoseprädiktion bei, zusätzliche Konstellationen wie eine positive Familienanamnese besteht.

**Psychoseferne Symptome** sind solche, die noch nicht einer Psychose ähneln, und zum Teil unspezifisch als „Konzentrationsstörung“ von den Betroffenen benannt werden, aber die bei genauer Diagnostik (in den Zentren über die SPI-A, Schizophrenia Proneness Instrument Adult Version) zu den **Basissymptomen** gehören, welche von Huber als selbsterlebte Störungen vor allem des Denkens, der Sprachleistung und der Wahrnehmung, aber auch des Affektes und der Motorik beschrieben werden und sich insbesondere wenn sie die Kognition und Wahrnehmung (optisch, akustisch) betreffen als sehr prädiaktiv herausgestellt haben.

Gerade wenn emotional neutrale Denkabläufe als sich einschiebend, wiederkehrend, schneller oder blockiert beschrieben werden stellt dies ein kognitives Geschehen dar in Abgrenzung zum Grübeln bei affektiven Störungen. Auch Eigenbeziehungserleben gehört hierher,

also wenn man schnell Äußerungen der Umgebung auf sich bezieht. Insgesamt haben Basissymptome eine Rate der falsch-positiven Vorhersage von unter 10 %, wenn diese von geschulten Ratern erhoben werden.

**Ein genetisches Risiko** wird nur dann als erhöhtes Psychoserisiko angesehen, wenn sich in den letzten Monaten das **psychosoziale Funktionsniveau deutlich verschlechtert** hat und/oder andere Prodromalsymptome bestehen.

### Substanzmissbrauch

*Cannabis kann Psychosen auslösen* und daher muss dieser Risikofaktor mit berücksichtigt werden. Auch wenn sich keine Vorhersage für eine drohende schizophrene Ersterkrankung ableiten lässt muss Alkohol und Drogenkonsum in der Frühdiagnostik immer angesprochen werden, da Substanzmissbrauch immer die Prognose verschlechtert und besondere Behandlungskonzepte erfordert.

*Frühe affektive Auffälligkeiten* wie Nervosität, Depressivität, Ängste, Energielosigkeit, Selbstzweifel und sozialer Rückzug werden von Menschen mit Schizophrenie häufig als erste Symptome berichtet, sind aber bis auf einen Leistungseinbruch zu unspezifisch um für die Psychosevorhersage in Betracht zu kommen.

*Neurobiologische und neurokognitive Befunde* der Risikopatienten zeigen funktionelle und zum Teil auch morphologische Auffälligkeiten, aber bis auf eine Ausschlussdiagnostik (im EEG und MRT) kommen diese Verfahren in der klinischen Praxis zur Vorhersage der Psychosewahrscheinlichkeit nicht zum Einsatz.

### Fazit für die Praxis:

Derzeit bilden klinische Anzeichen (Psychopathologie und soziales Funktionsniveau) zusammen mit der Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen in der Abschätzung eines Psychoserisikos. Die Prädiktionskriterien der Früherkennungszentren sind

als valide erprobt und ergänzen sich bei kombiniertem Vorliegen.

Für die Zukunft wird eine weitere Optimierung der Vorhersage des individuellen Risikos angestrebt, insbesondere, da die für den weiteren Verlauf entscheidenden sozialen Defizite bereits vor Beginn der ersten psychosenahen Symptome bestehen, bislang aber erst nach deren Auftreten eine neuroleptische Behandlung unter Abwägung der Nebenwirkungen gerechtfertigt erscheint.

Da die indizierte Prävention im Gegensatz zu einer diagnosegesicherten Behandlung immer auf einer Risikowahrscheinlichkeit beruht sind ethische Bedenken nicht unberechtigt und eine voreilige Gabe von Neuroleptika sollte auch vermieden werden um eine fachärztliche Diagnostik nicht zu erschweren. Es sei angemerkt dass in Zukunft möglicherweise die Diagnose eines APS-Syndroms i. S. eines abgeschwächten psychotischen Syndroms gestellt werden könnte laut Stimmen im Vorfeld der Einführung des DSM 5, wenn bei durch die Beschwerden beeinträchtigten Ratsuchenden ein erhöhtes Psychoserisiko festgestellt wird.

Es gilt im *Fazit* wie vor 10 Jahren bei Herrn Hambrecht: Nichtpsychiater sollten immer dann hellhörig werden, wenn sich junge Erwachsenen unerwartet und ohne erkennbare Ursache zurückziehen, einen Leistungseinbruch erleiden und über bislang unbekannte Konzentrations- und Denkstörungen berichten. Wenn dann noch eine positive Familienanamnese besteht sollten nicht erst psychotische Symptome bis zu einer fachärztlichen Überweisung abgewartet werden. □

Dr. Elisabeth Streit

#### Literatur:

Ärzteblatt 10 / 2010, Artikel die unsere Bibliothekarin Frau A. Hinsche-Böckenholt fand in der Literatursuche zum Thema Early detection, Prävention und Schizophrenia und ERtraos. Herr S. Ruhrmann schickte seine Artikel aus 2009 / 2010 auf Anfrage freundlicherweise zu und ist zusammen mit Herrn A. Bechdorf aus dem FETZ Köln unser Ansprechpartner bei Fragen im KNS zur Früherkennung.