

FRITZ **am Urban**

Frühinterventions- und
Therapiezentrum



Prävention von schizophrenen Erkrankungen. Geht das?

Prof. Dr. A. Bechdorf

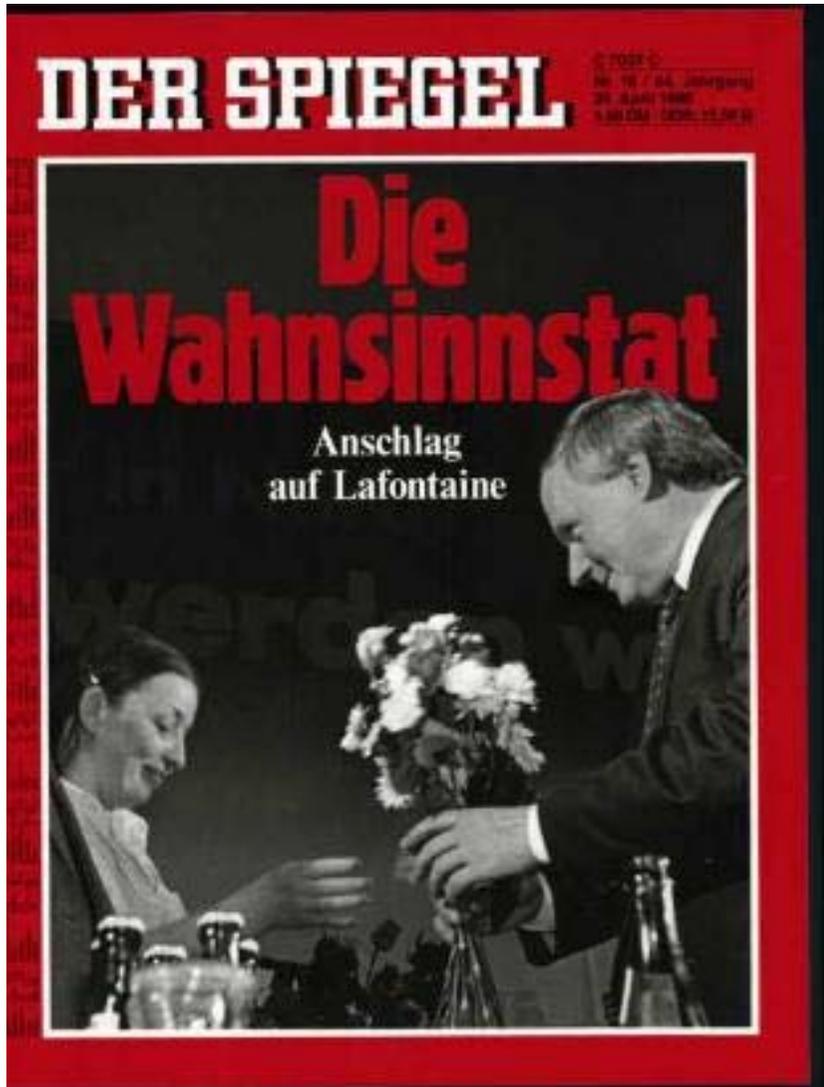
Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Vivantes Klinikum am Urban und
Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Akademische Lehrkrankenhäuser der
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Vivantes





Breivik, Oslo

Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis

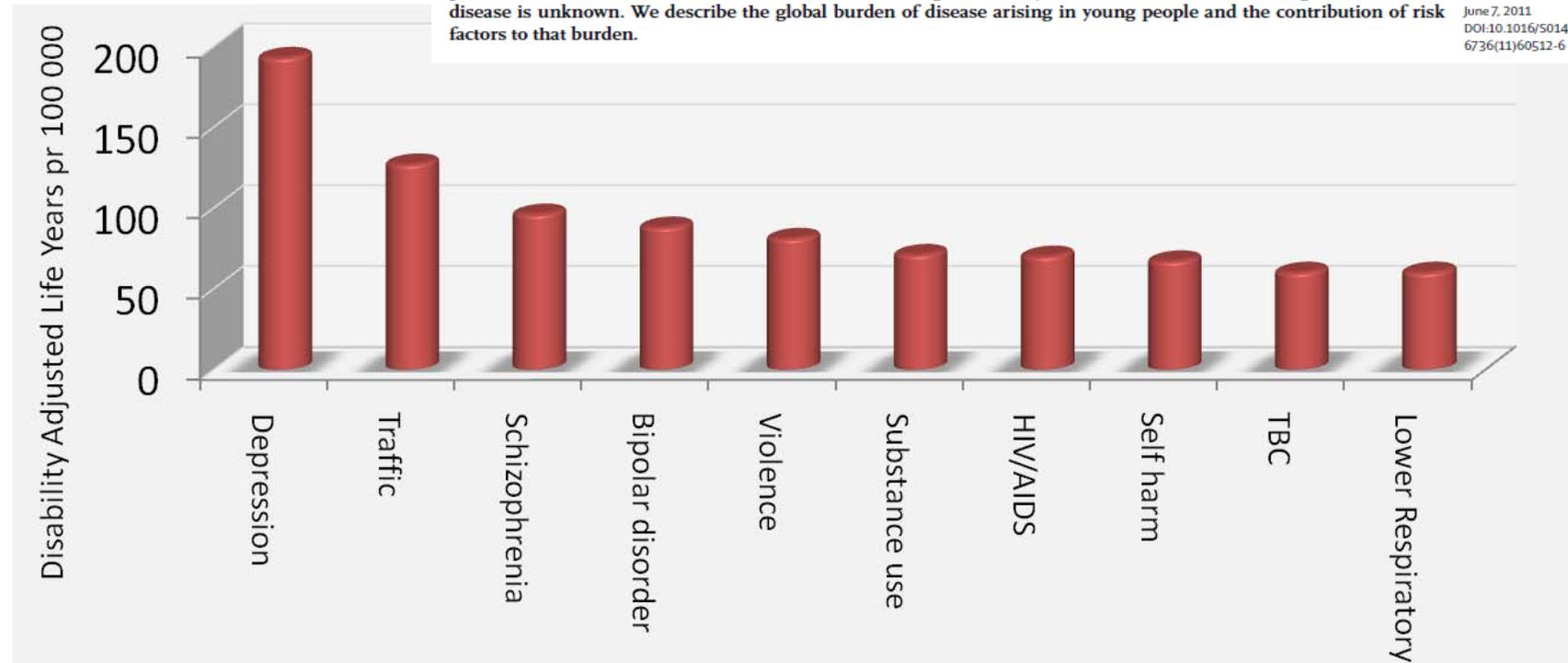


Fiona M Gore, Paul J N Bloem, George C Patton, Jane Ferguson, Véronique Joseph, Carolyn Coffey, Susan M Sawyer, Colin D Mathers

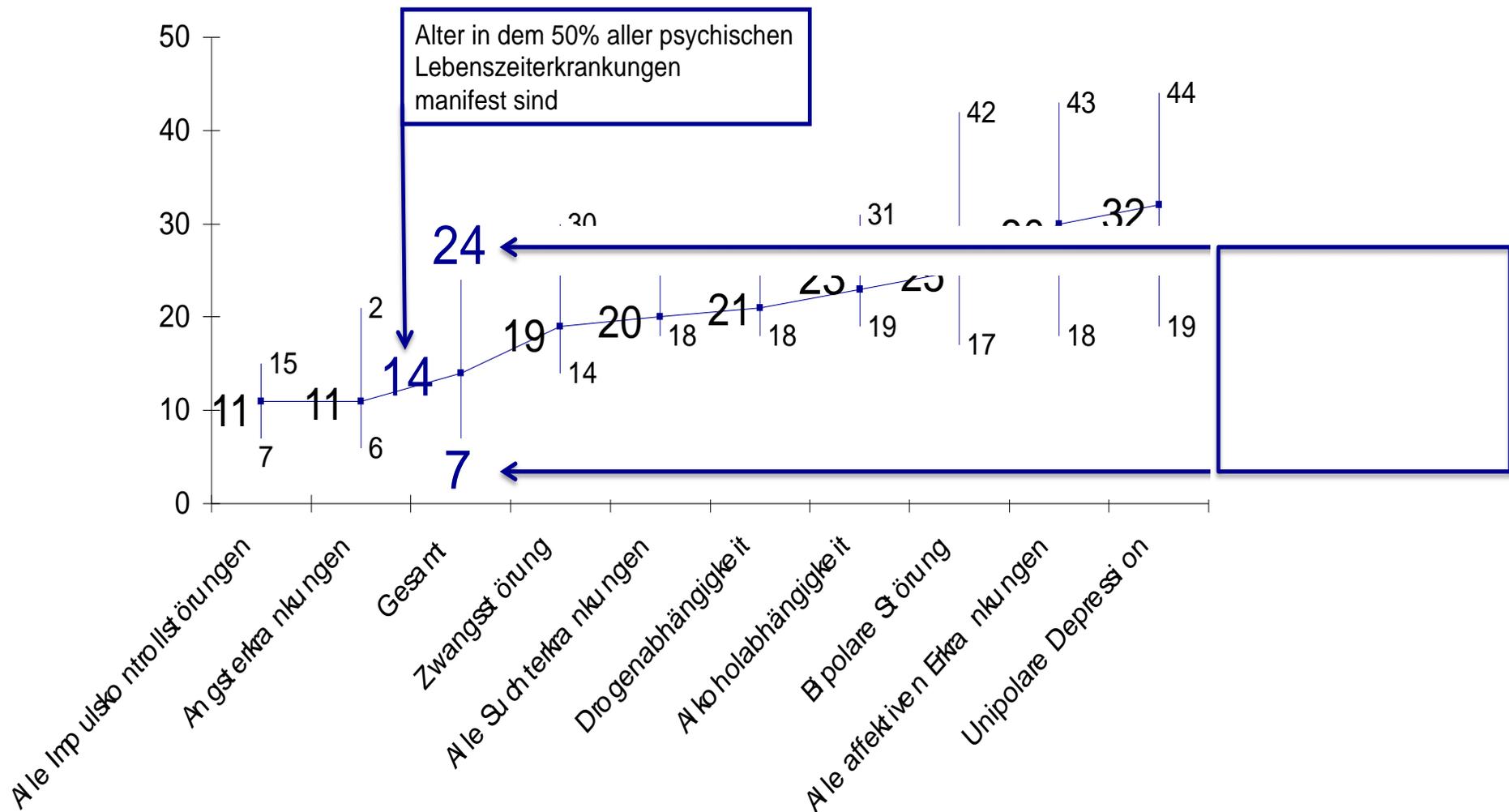
Summary

Background Young people aged 10–24 years represent 27% of the world's population. Although important health problems and risk factors for disease in later life emerge in these years, the contribution to the global burden of disease is unknown. We describe the global burden of disease arising in young people and the contribution of risk factors to that burden.

Lancet 2011; 377: 2093–102
Published Online
June 7, 2011
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60512-6



Ersterkrankungsalter bei Manifestation psychischer Erkrankungen (N=9.282)



Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie (nach ICD-10)

1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)

Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie (nach ICD-10)

1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn

Mindestens 1 Symptom

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)

Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie (nach ICD-10)

1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn

Mindestens 1 Symptom

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)

Oder mindestens 2 Symptome

Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie (nach ICD-10)

1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn

Mindestens 1 Symptom

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)

Oder mindestens 2 Symptome

Über mindestens 4 Wochen

Fakten Schizophrene Störung

Lebenszeitprävalenz 1%

Jährlich ca 17 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner (**starke regionale Schwankungen, Risikofaktoren!!!**)
400.000 bis 800.000 Bundesbürger erkranken

Ersterkrankungsalter

15-30 Jahre (Männer), 20-35 Jahre (Frauen)

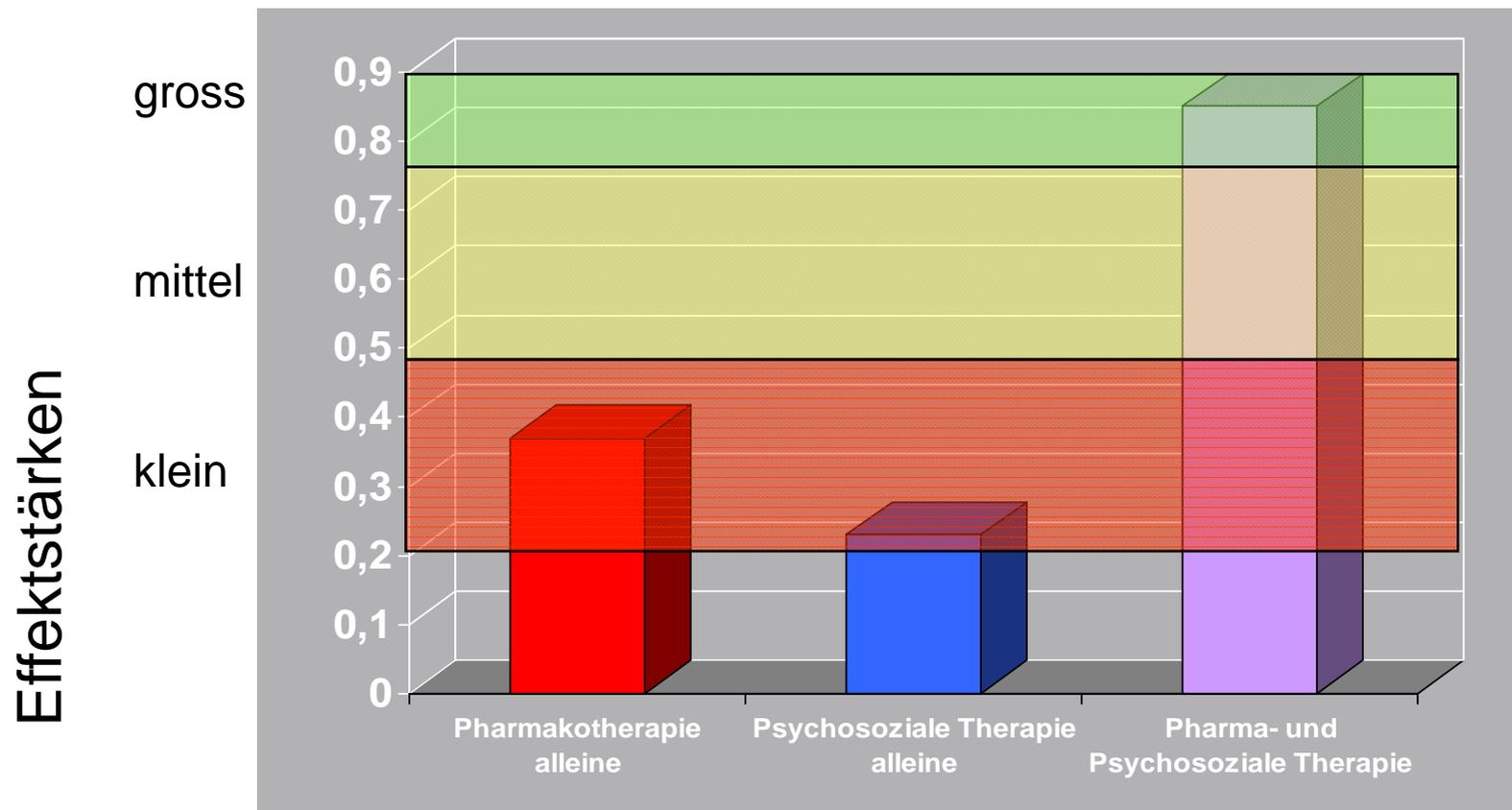
Vielfach **Erwerbsunfähigkeit (bis zu 80%)**, **soziale Isolation**, soziale Stigmatisierung

Geschätzte direkte und indirekte **Kosten**:
ca. 5 Mrd. € (BRD), ca. 30 Mrd. \$ (USA)

Absolutes Risiko eines schizophrenen Kranken für **Gewaltdelikt**: 0,05 %, Anteil schizophrenen Kranker an Gesamtzahl der Gewaltdelinquenten: 0,5-3%, Fremdgefährdung überschätzt !

Selbstgefährdung hoch (ca. 10 % Suizide)

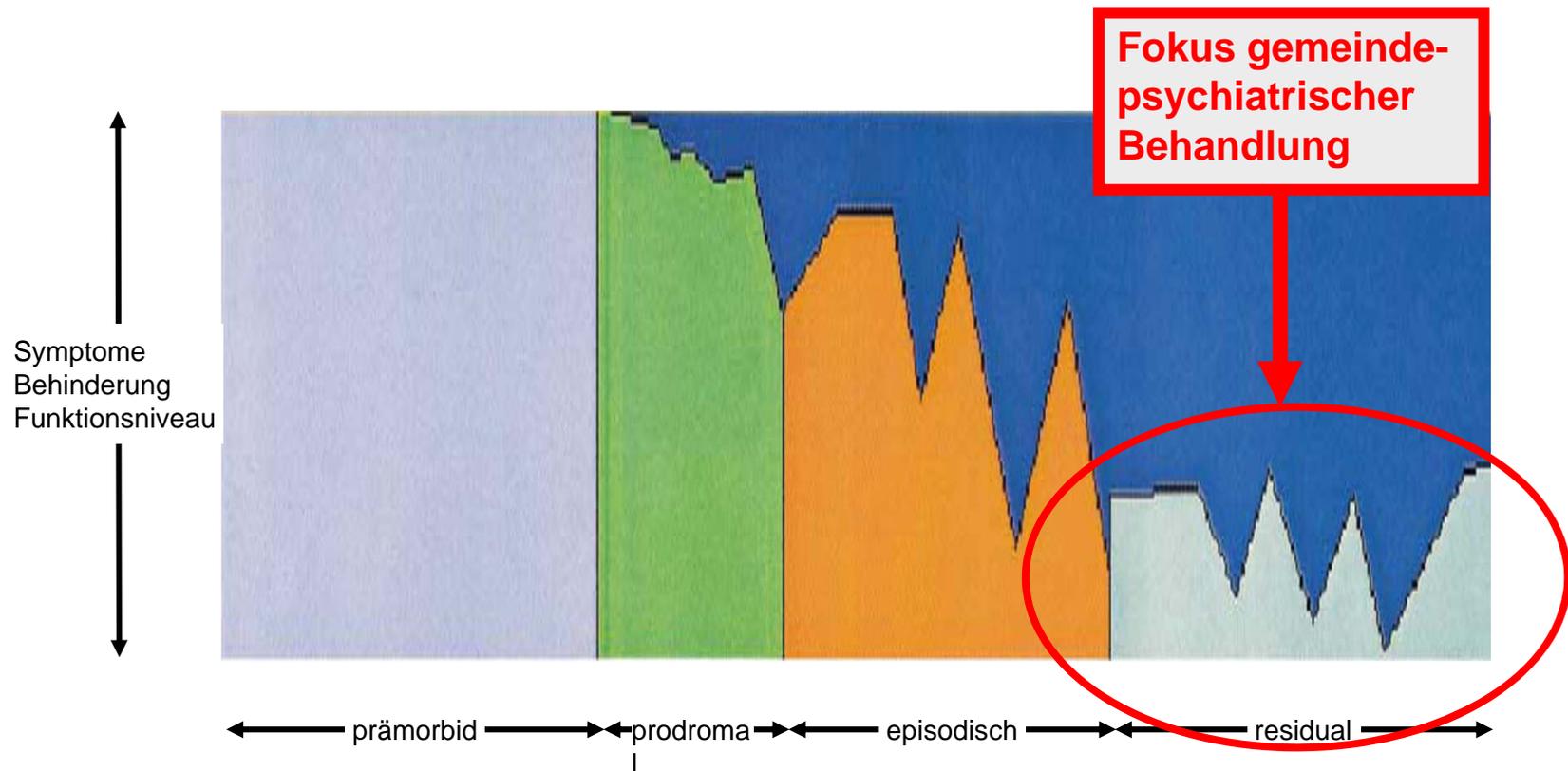
Wirksamkeit medikamentöser und psychosozialer Interventionen



Leitlinienempfehlungen psychosoziale Interventionen
bei schizophrenen Störungen

Therapiestrategie	Therapieergebnisse					Gesamtempfehlung		
	Kognition	Symptome	Adherence	Rezidive	Soziales Funktionsniveau	DGPPN 2006	NICE 2014	PORT 2010
Kognitives Training	(+)(+)(+)	(=)(=)(=)			(=)(=)(=)			
Psychoedukation			(+)(+)	(+)(+)		B		
Kognitive Verhaltenstherapie		+++	(+)(+)(+)	(+)(+)	(+)	A	+	+
Soziales Kompetenztraining		(=)(=)(=)		(=)(=)(=)	(+) = +	B		+
Familieninterventionen		(=)(+)(=)	+++	+++	(+)	A	+	+

Verlauf der schizophrenen Störung



adaptiert nach Lieberman et al., 2001

Verlauf der schizophrenen Störung



Prodromalphase

- bei 75% 4-5 Jahre
- soziale Behinderung tritt ein
- Neurobiologie

← prodroma → ← episo →

Ersterkrankung

- Dauer der unbehandelten Psychose (DUP)
- ersten 3-5 Jahre „Critical Period“ (Birchwood et al., 1998)



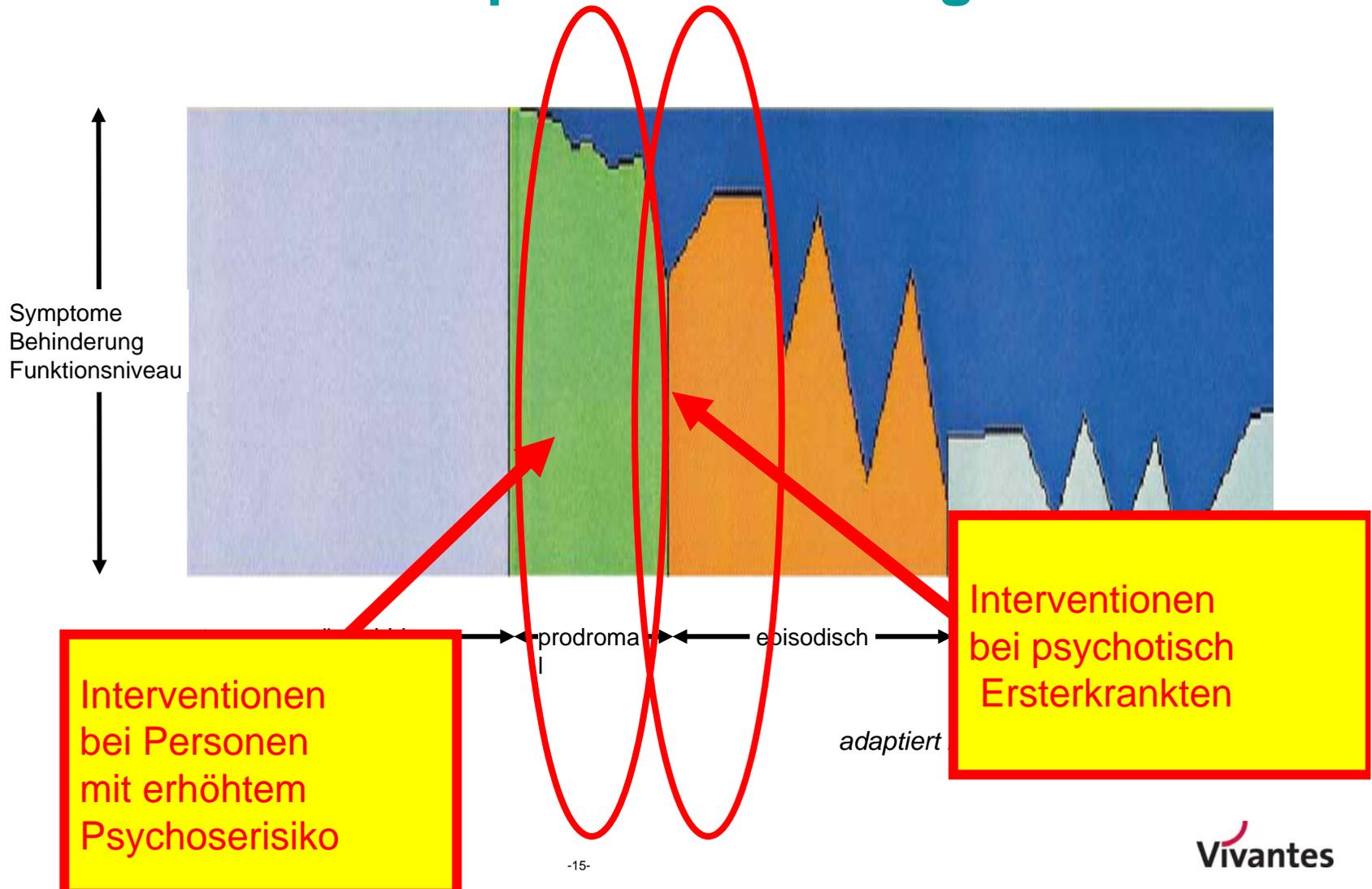
Entwicklungspsychologische Perspektive der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

Störungen in dieser Lebensphase besonders risikoreich

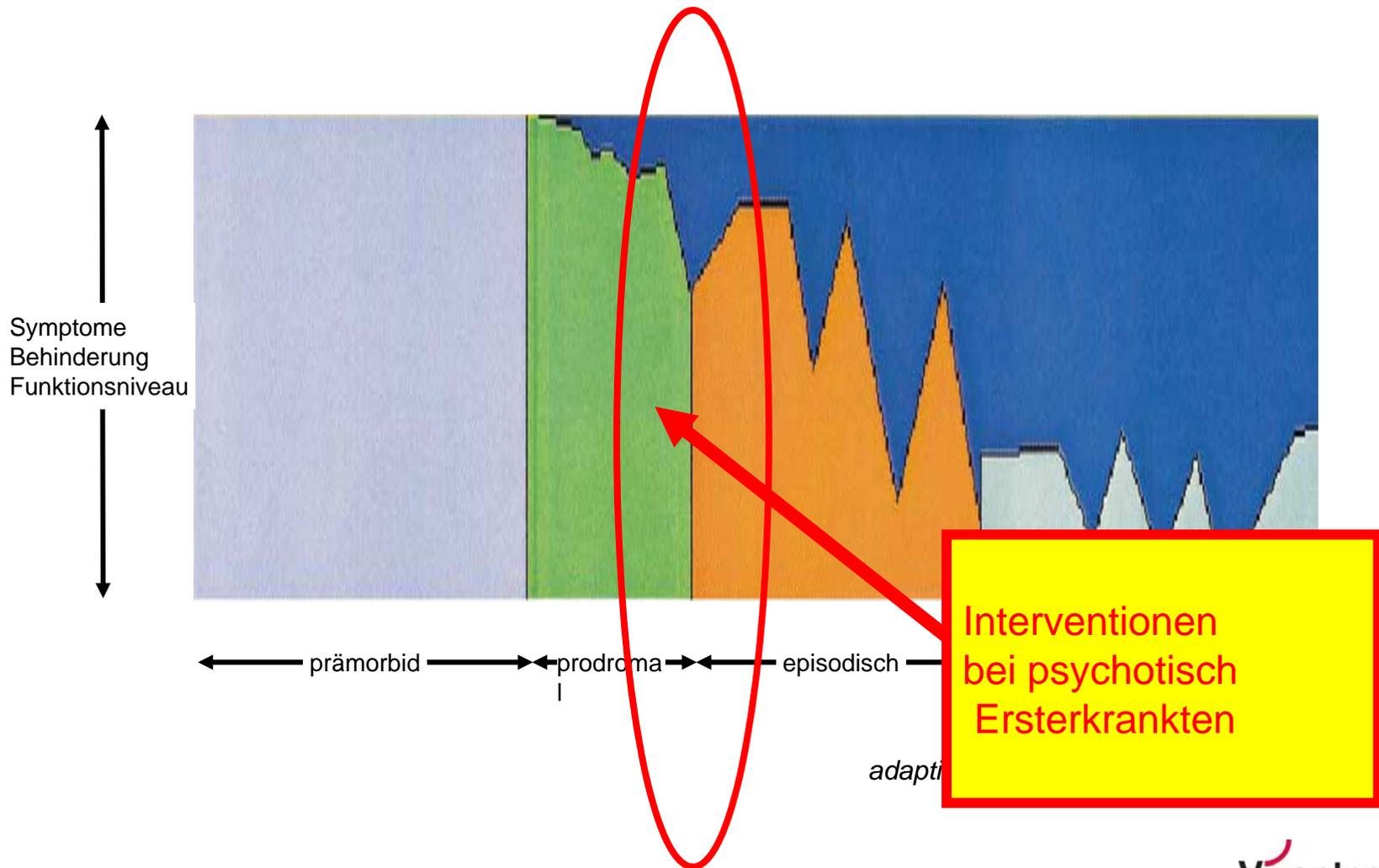
- als „traumatisch“ erlebt zu werden
- zu massiver Selbstwertproblematik zu führen
- zu besonders ausgeprägten und langfristigen persönlichen und sozialen Folgen zu führen

ERIKSON 1966, MCGORRY et al., 1992, HENRY et al., 2002, LIEBERMAN und FENTON, 2000

Verlauf der schizophrenen Störung



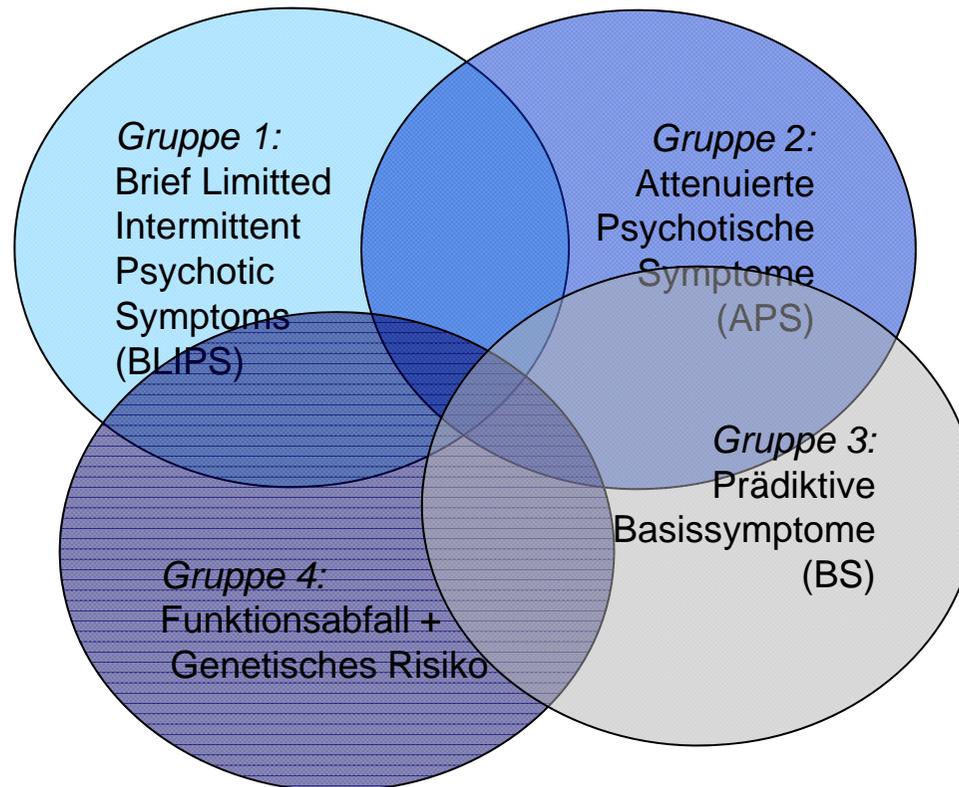
Verlauf der schizophrenen Störung



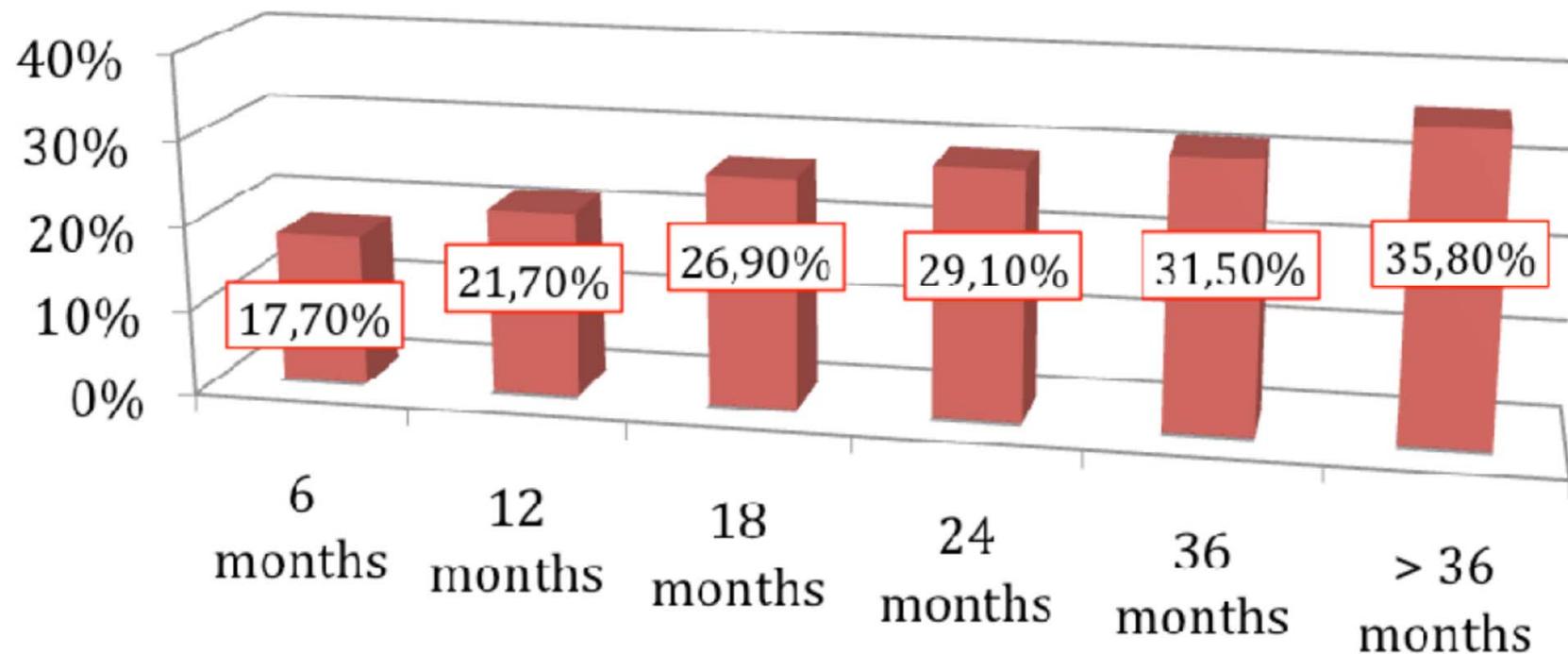
Kriterien für erhöhtes Psychoserisiko

(Yung et al., 1998; Klosterkötter et al., 2001)

- I. Lebensalter 15-35 Jahre
- II. Erfüllt die Kriterien von mindestens einer von vier Gruppen innerhalb der letzten 12 Monate:



Meta-Analyse Übergangsraten in die Psychose bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko (n=2502, Fusar-Poli et al., 2012)



» ALLE STARREN MICH AN,
ODER BILDE ICH MIR DAS NUR EIN?«

Max, 23 Jahre



A woman with dark hair, wearing a red long-sleeved top, is seated at a table in a dimly lit room. The background is a textured wall illuminated with a teal light. The scene is captured in a cinematic style with soft lighting.

**» DIE HABEN WAS VOR,
AM BESTEN BLEIBE ICH ALLEIN.«**

Pia, 21 Jahre

Beziehungsideen



„Wenn ich irgendwelche anderen Menschen – auf der Straße oder egal wo - miteinander sprechen sehe, denke ich oft, dass sie über mich sprechen. Ich beobachte sie dann auch, um zu sehen, ob sie zu mir herschauen. Meist stelle ich dann nach einer Weile fest, dass die wohl gar nicht über mich reden.“

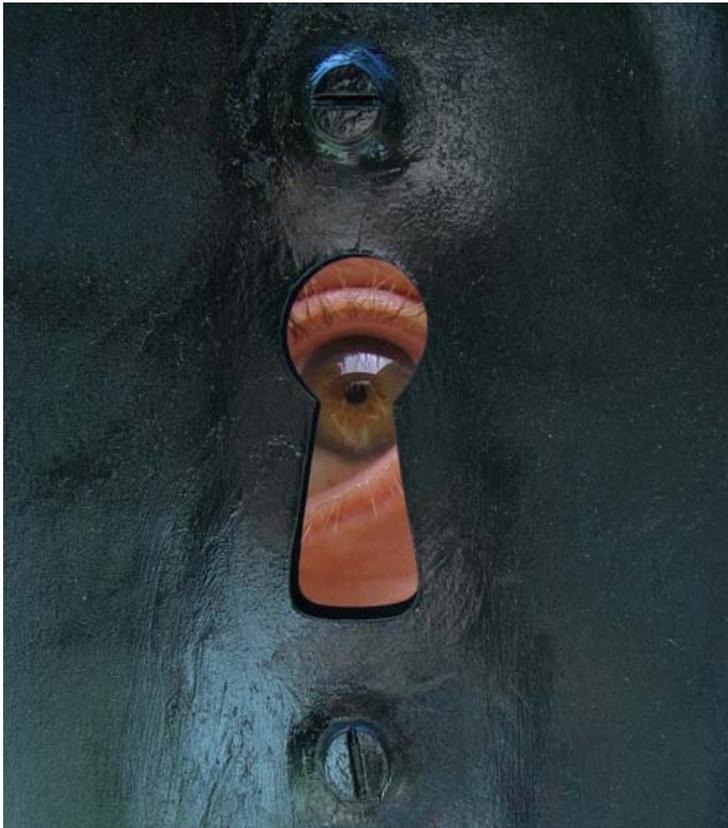
Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse



„Ich habe immer häufiger das Gefühl, dass noch jemand im Zimmer ist. Wenn ich aber nachschaue, ist dann niemand da, obwohl ich immer noch dieses Gefühl habe.“

„Manchmal sehe ich einen Schatten in den Augenwinkeln. Ich denke dann, ich hätte was gesehen, aber wenn ich mich umdrehe, ist da niemand. Früher war das selten, aber heute passiert mir das fast jeden Tag.“

Paranoide Ideen



"Wenn ich unter Menschen bin, habe ich Angst und kann nicht richtig atmen. Ich weiß nicht, was sie denken, ob sie etwas Schlechtes von mir denken oder sogar gerade planen, mir zu schaden."

„Manchmal denke ich, dass einige Mitschüler, mit denen ich nicht so gut auskomme, mich so sehr hassen, dass sie mir vielleicht weh tun, wenn ich zur Schule gehe. Sie haben mir zwar nie gedroht, aber ich habe halt manchmal plötzlich diese Angst - nicht immer.“

Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS, Miller et al., 2002) P2 Misstrauen / Verfolgungsideen

0 Nicht vor- handen	1 Fraglich vorhanden	2 Leicht	3 Mäßig	4 Mäßig schwer	5 Schwer aber nicht psychotisch	6 Schwer und psychotisch
	Besorgtsein	Zweifel an Sicherheit. Überaufmerksamkeit ohne klare Gefahrenquelle.	Vorstellung, dass andere feindselig, nicht vertrauenswürdig sind und/ oder böse Absichten hegen. Vorstellung, dass Überaufmerksamkeit nötig sein könnte. Immer wiederkehrende Vorstellung (noch nicht begründet oder übertrieben) dass andere negativ über den Patienten denken oder reden könnten . Kann dem Interviewer gegenüber misstrauisch wirken.	Klare oder zwanghafte Gedanken des Ausgegrenzt- oder Beobachtetseins. Vorstellung, dass andere ihm schaden wollen. Misstrauisch. Vorstellungen können leicht verworfen werden . Patient erscheint vorsichtig/auf der Hut. Widerwillig oder irritiert bei der Beantwortung der Fragen.	Locker organisierte Annahme, in Gefahr oder Ziel feindlicher Absichten zu sein. Skepsis und Perspektive können durch nicht bestätigende Beweise oder Meinungen geweckt werden. Das Verhalten ist teilweise betroffen . Die beobachteten Symptome können die Informationsgewinnung im Interview beeinträchtigen.	Wahnhaft paranoide Überzeugung (ohne Zweifel) zumindest zeitweilig. Beeinträchtigt wahrscheinlich das Funktionsniveau.

Frank

Erhöhtes Psychoserisiko - psychosenah

27-jähriger Elektriker

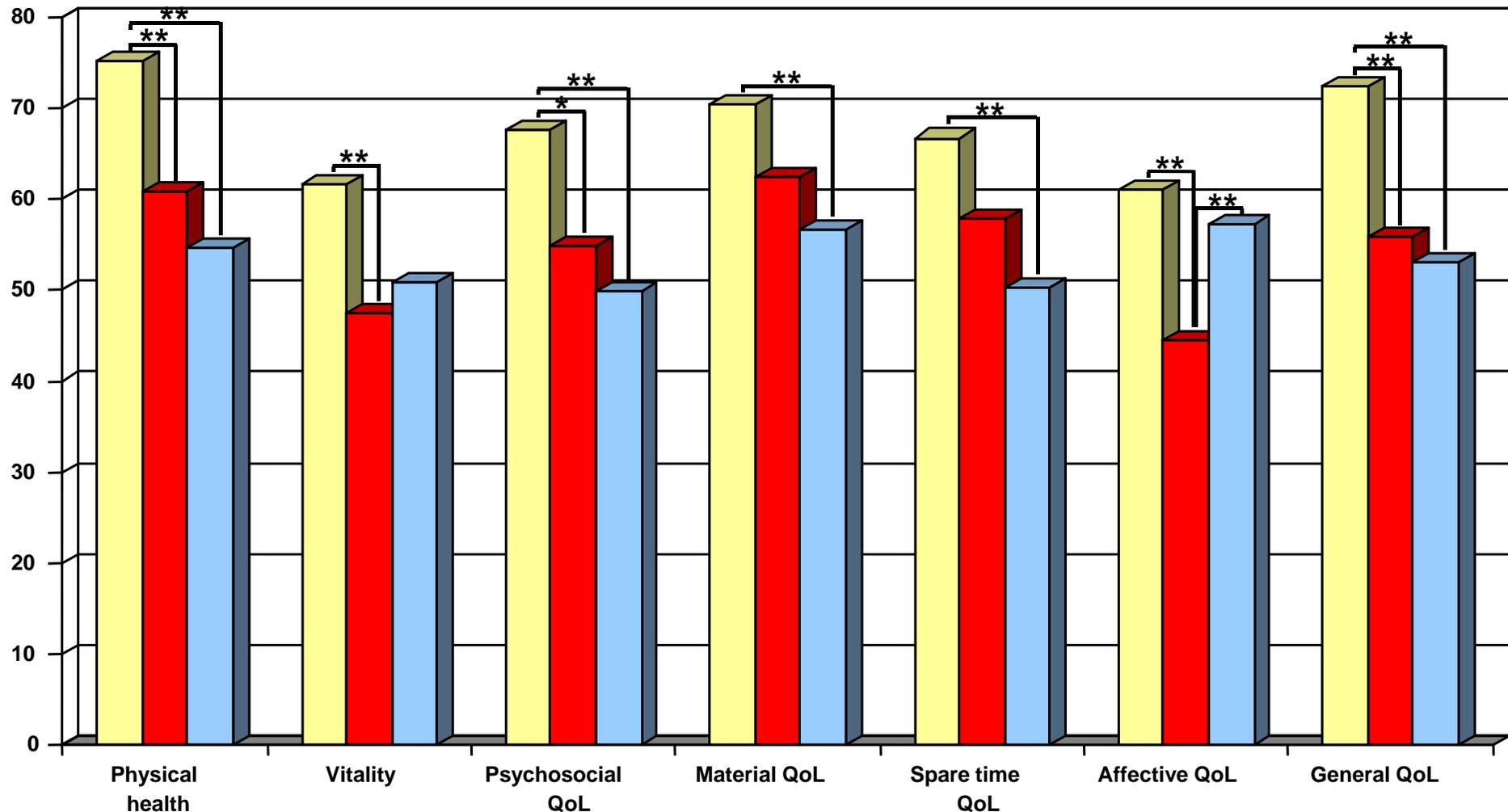
- sei schon immer gerne für sich, Andere fänden ihn oft „komisch“, hätten wenig Verständnis für seine Art zu Denken und seinen Humor
- im letzten Monat kurzzeitig Radiomusik gehört, auch wenn kein Radio in der Nähe gewesen sei. Zweimal Stimme der Freundin gehört ohne, dass diese anwesend gewesen sei. Zweimal habe er das Gefühl gehabt, dass sich Körperteile zusammenzögen und wieder dehnten.



DSM-IV Diagnosen und Funktionsniveau (EPOS-Studie, Ruhrmann et al., n = 246)

Depressive Disorder (n[%])	120 [48.8]
Bipolar Disorder (n[%])	19 [7.7]
Anxiety Disorder (n[%])	118 [48.0]
Substance Use Disorder (n[%])	100 [40.8]
GAF Score (mean \pm SD)	51.0 \pm 11.8
BDI (mean \pm SD)	20.3 \pm 10.9

Subjektive Lebensqualität



** p < 0.01

Healthy Controls (n=45)

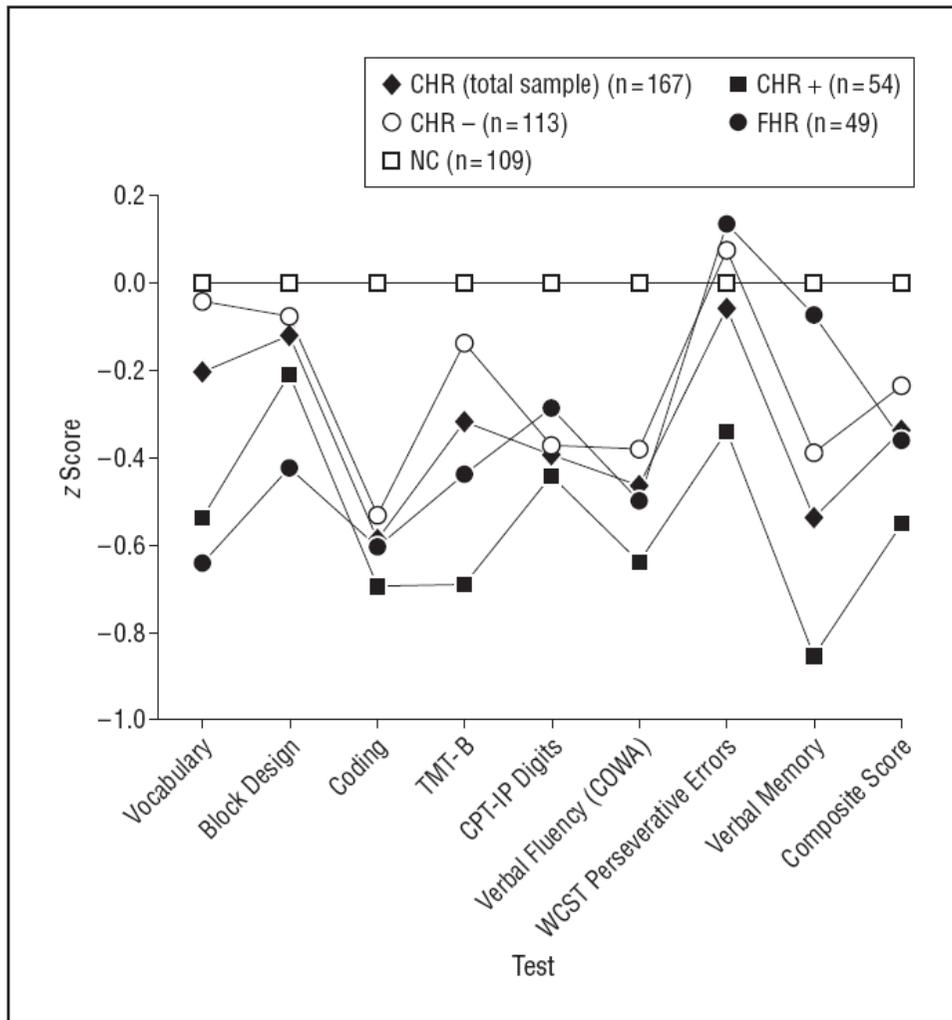
Early Initial Prodromal State (n=45)

First Episode Schizophrenia (n=40)

Bechdolf et al., Schizophr Res (2005) 79 (1): 137-43

Vivantes

Neuropsychologisches Funktionsniveau



Neuropsychology of the Prodrome to Psychosis in the NAPLS Consortium

Relationship to Family History and Conversion to Psychosis

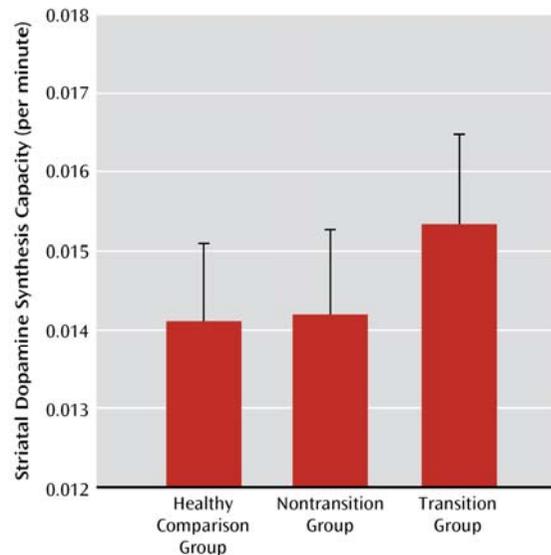
Larry J. Seidman, PhD; Anthony J. Giuliano, PhD; Eric C. Meyer, PhD; Jean Addington, PhD; Kristin S. Cadenhead, MD; Tyrone D. Cannon, PhD; Thomas H. McGlashan, MD; Diana O. Perkins, MD, MPH; Ming T. Tsuang, MD, PhD; Elaine F. Walker, PhD; Scott W. Woods, MD; Carrie E. Bearden, PhD; Bruce K. Christensen, PhD; Keith Hawkins, PsyD; Robert Heaton, PhD; Richard S. E. Keefe, PhD; Robert Heinssen, PhD; Barbara A. Cornblatt, PhD, MBA; for the North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group

Figure 1. Neuropsychological profiles of the clinical high-risk (CHR), CHR converter (CHR+), CHR nonconverter (CHR-), and family high-risk (FHR) groups standardized against the normal control (NC) group from the multivariate sample. COWA indicates Controlled Oral Word Association; CPT-IP, Continuous Performance Test–Identical Pairs; TMT-B, Trail Making Test Part B; and WCST, Wisconsin Card Sorting Test.

Arch Gen Psychiatry. 2010;67(6):578-588

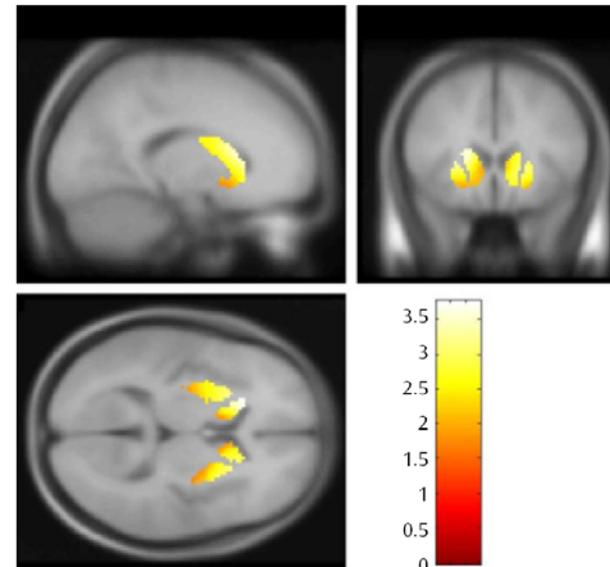
Dopamine Synthesis Capacity Before Onset of Psychosis: A Prospective [¹⁸F]-DOPA PET Imaging Study

FIGURE 1. Mean Dopamine Synthesis Capacity in Patients at Ultra-High Risk of Psychosis and Healthy Comparison Subjects^a



^a Dopamine synthesis capacity (k_1^{er} values) for the whole striatum in patients who developed psychosis (the psychotic transition group, N=9), patients who did not develop psychosis (the nontransition group, N=15), and the healthy comparison group (N=29). There were significant differences between psychotic transition and healthy comparison groups ($p=0.004$, corrected for multiple comparisons) and between the psychotic transition and nontransition groups ($p=0.015$, corrected for multiple comparisons). Error bars indicate standard deviation.

FIGURE 3. Increased Striatal Dopamine Synthesis Capacity in Patients With Prodromal Psychotic Symptoms Who Later Developed a Psychotic Disorder, Relative to Those Who Did Not^a



^a Increased dopamine synthesis capacity in patients who were scanned when they presented with prodromal symptoms and subsequently developed a psychotic disorder (psychotic transition group, N=9) relative to patients who presented with similar symptoms but did not develop a psychotic disorder (nontransition group, N=15). The most significant increase was in the left caudate ($p=0.036$, corrected at the family-wise error rate).

Not converted to psychosis. What happens? (n = 226, 2-14 Jahre Follow-Up, Lin et al., 2015)

- 28 % attenuated symptoms
- 68 % non psychotic disorder (affective, anxiety, substance use)
- Only 7 % no psychiatric disorder at intake or follow-up

- Lower Functioning than controls (Addington et al., 2012)
- Course of illness better in case of conversion (Valmaggia et al., 2015)

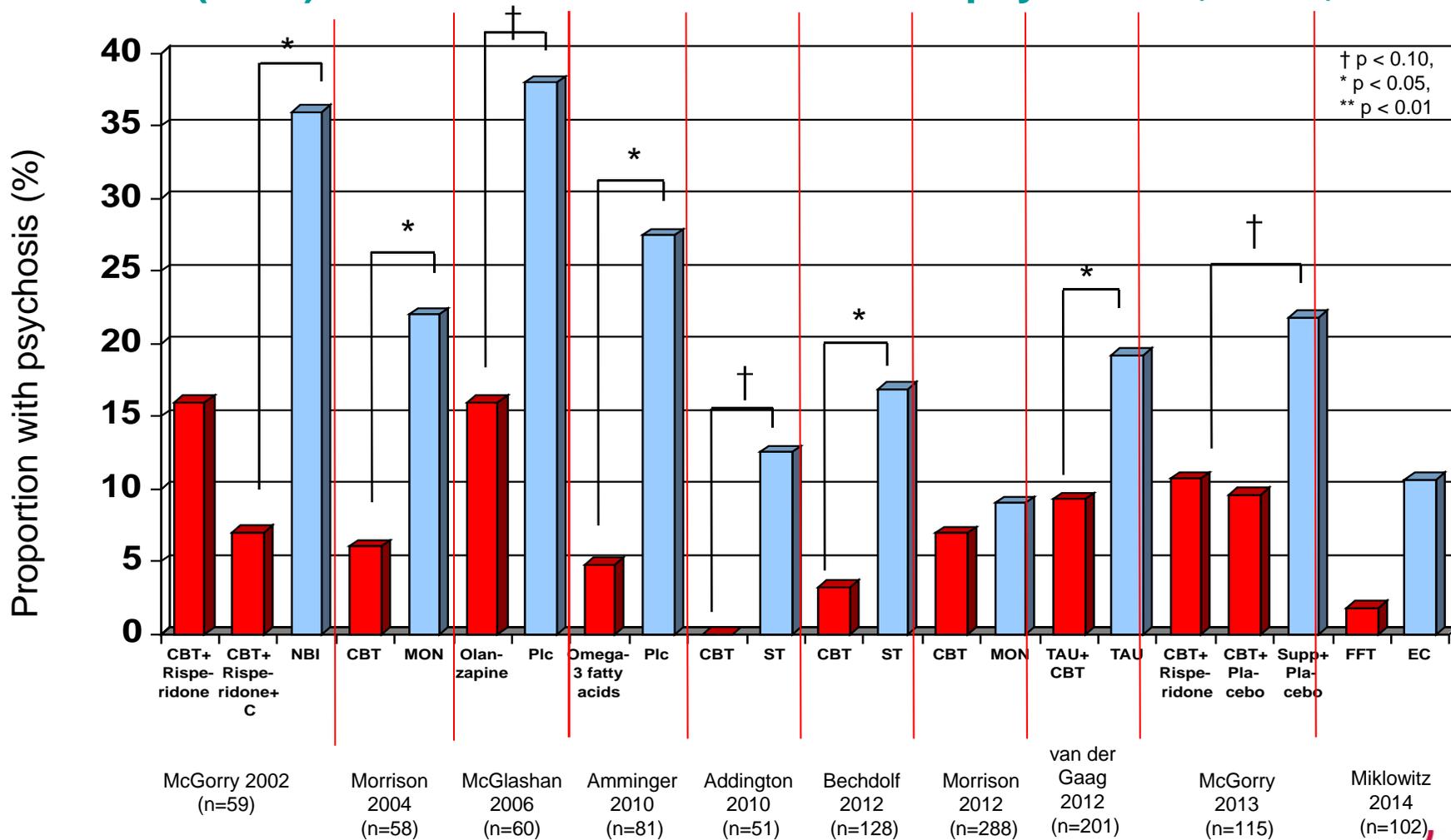


Ziele der Frühintervention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko (indizierte Prävention)



- (1) Besserung aktueller Beschwerden und Probleme**
- (2) Vermeidung/Reduzierung von sozialer Behinderung**
- (3) Verhinderung oder Verzögerung der ersten psychotischen Episode**

Randomised controlled trials in people at Clinical High Risk of psychosis (CHR): 12 months transition rates to psychosis (n = 1141)

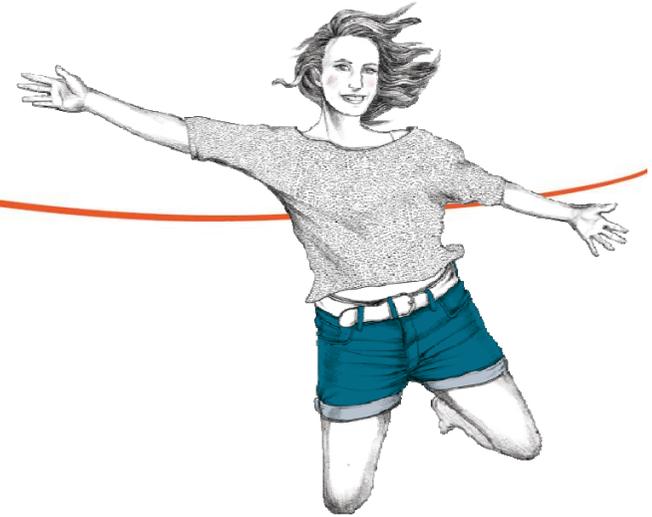


Integrierte psychologische Intervention (IPI) (über 12 Monate ambulant, Bechdorf et al., 2011)

	Module
Einzeltherapie 30 Sitzungen	Beziehungsaufbau Psychoedukation Individualisiertes Belastungs- und Symptommanagement Krisenmanagement
Gruppentherapie 15 Sitzungen in geschlossener Gruppe mit 4-8 Teilnehmern	Aufbau positiver Aktivitäten Erlernen euthymer Strategien Soziales Wahrnehmungs- und Kompetenztraining Problemlösetraining
Kognitives Training 12 Sitzungen	Computergestütztes Konzentrations- ,Aufmerksamkeits- und Gedächtnistraining
Angehörigenberatung 3 Sitzungen	Psychoedukative Multifamilienberatung

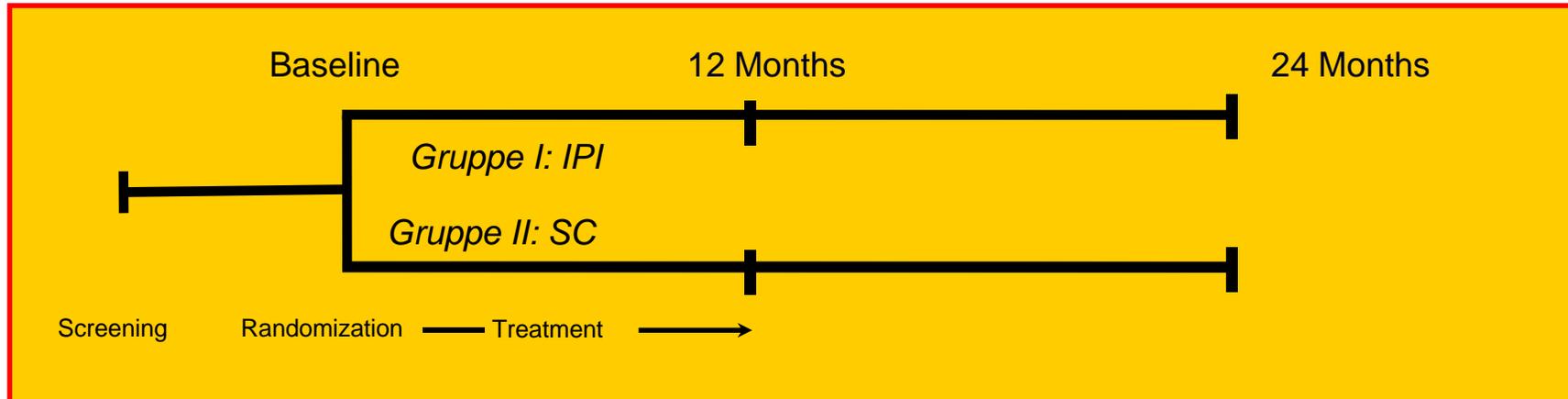


Bechdorf et al., Nervenarzt (2003) 5:436-439; Larsen, Bechdorf, Birchwood, J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry (2003) 31 (1):209-28; Häfner et al., (2004) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254 (2): 117-28; Bechdorf et al. (2005) Br J Psychiatry Suppl, 48: s45-8; Bechdorf et al. (2005) Psychiatry Res 136 (2-3): 251-5; Bechdorf et al. (2006) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 (3) 159-73



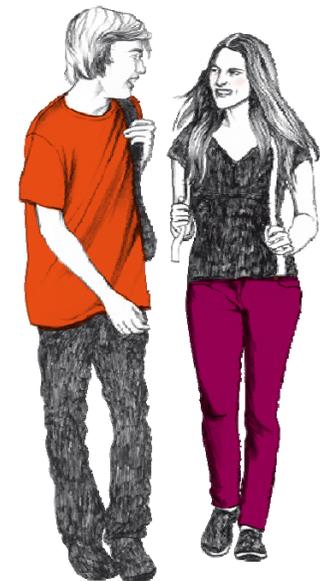
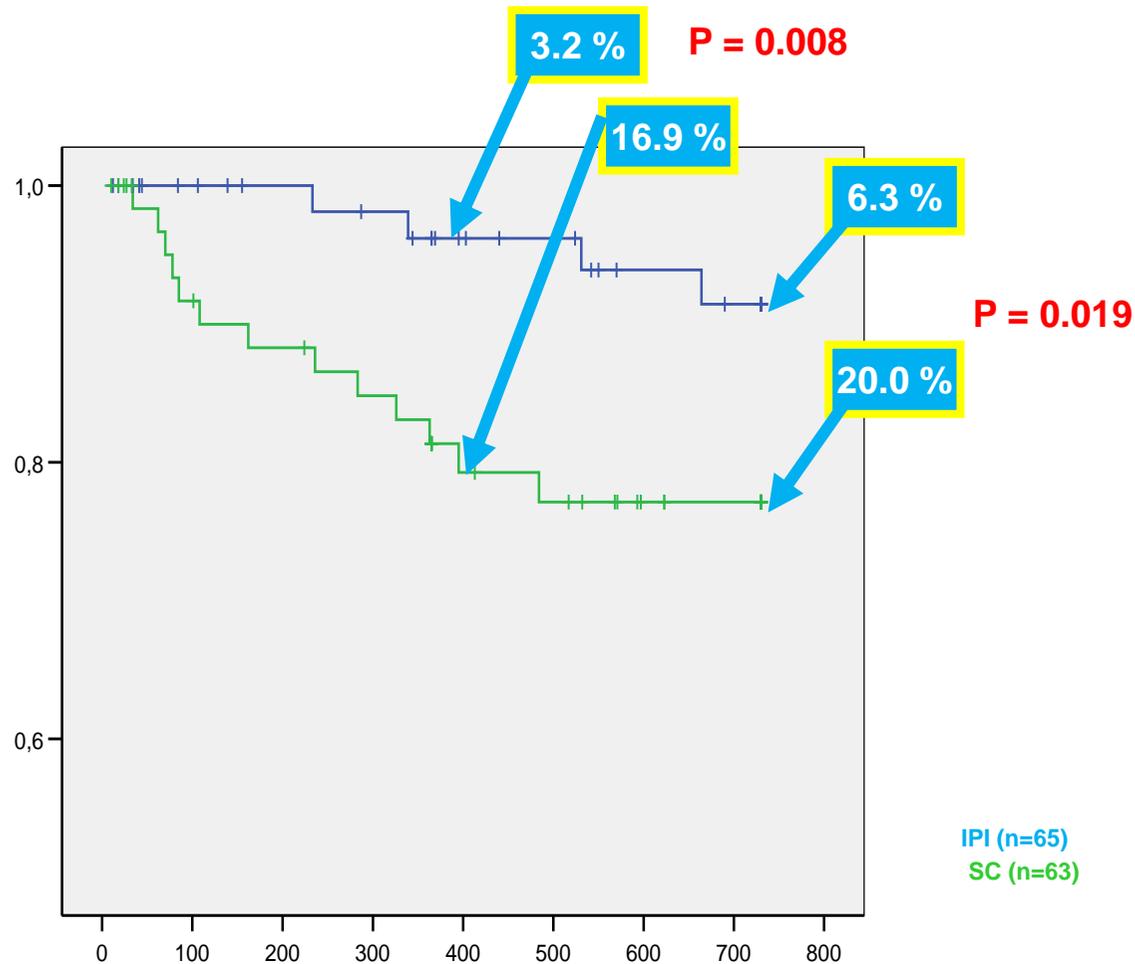
Study design

4 sites randomised controlled parallel group trial
Control condition: Supportive Counselling (SC, 25 sessions)



Häfner et al., (2004) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254 (2): 117-28;
Bechdolf et al. (2005) Br J Psychiatry Suppl, 48: s45-8;
Bechdolf et al., (2006) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 (3) 159-73

Conversions to subthreshold psychosis and psychosis





Preventing a first episode of psychosis: results of a randomised controlled prevention trials of cognitive remediation

Mark van der Gaag^{a,b,*}, Patrick McGorry^h, Pim Cuijpers^c

^a VU University and EMGO Institute of Health and Care Research, Amsterdam, The Netherlands
^b Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands
^c Trimbos Institute (Netherlands Institute of Mental Health Care and Research), The Hague, The Netherlands
^d VU University Medical Centre, Department of Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands
^e Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, University of Zurich, Zurich, Switzerland
^f University of Manchester, Manchester, UK
^g University of Maastricht, Dept. of Psychiatry, Maastricht, The Netherlands
^h Orygen Youth Health Research Centre and University of Melbourne, Melbourne, Australia

ARTICLE INFO

Article history:
Received 28 February 2013
Received in revised form 10 June 2013
Accepted 2 July 2013
Available online 18 July 2013



European Psychiatry 30 (2015) 388–404

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.europsy-journal.com>



Original article

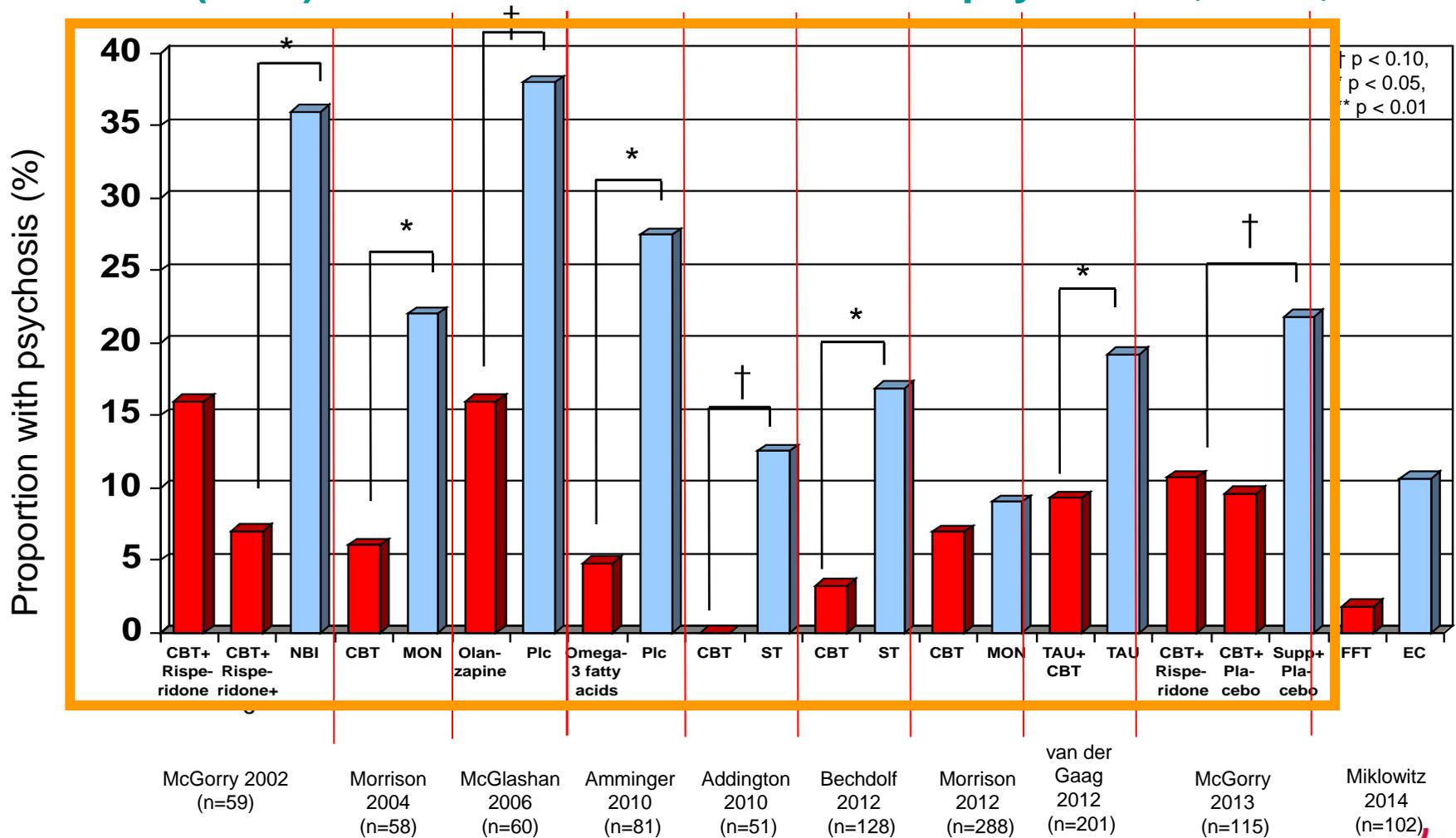
EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses



S.J. Schmidt^a, F. Schultze-Lutter^a, B.G. Schimmelmann^a, N.P. Maric^b, R.K.R. Salokangas^c, A. Riecher-Rössler^d, M. van der Gaag^{e,f}, A. Meneghelli^g, M. Nordentoft^h, M. Marshall^{i,j}, A. Morrison^{k,l}, A. Raballo^{m,n}, J. Klosterkötter^{o,*}, S. Ruhrmann^o

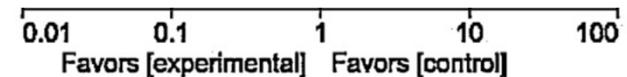
^a University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland
^b School of Medicine, University of Belgrade and Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
^c Department of Psychiatry, University of Turku, Turku, Finland
^d Center for Gender Research and Early Detection, Psychiatric University Clinics of Basel, Basel, Switzerland
^e Department of Clinical Psychology, VU University and EMGO Institute for Health and Care Research, Amsterdam, The Netherlands
^f Psychosis Research, Parnassia Psychiatric Institute, Hague, The Netherlands
^g Dipartimento di Salute Mentale, Centro per l'Individuazione e l'Intervento Precoce nelle Psicosi-Programma 2000, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milan, Italy
^h Mental Health Center of Copenhagen, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
ⁱ School of Medicine, University of Manchester, Manchester, UK
^j LANTERN Center, Lancashire Care NHS Foundation Trust, Preston, UK
^k School of Psychological Sciences, University of Manchester, Manchester, UK
^l Psychosis Research Unit, Greater Manchester West NHS Mental Health Trust, Manchester, UK
^m Department of Mental Health, Reggio Emilia Public Health Center, Reggio Emilia, Italy
ⁿ Regional Working Group on Early Detection of Psychosis, Emilia Romagna Regional Health Service, Bologna, Italy
^o Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Cologne, Germany

Randomised controlled trials in people at Clinical High Risk of psychosis (CHR): 12 months transition rates to psychosis (n = 1141)



Übergangsraten in die Psychose nach 12 Monaten

Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 5.46$, $\text{df} = 6$ ($P = 0.49$); $I^2 = 0\%$
Test for overall effect: $Z = 3.87$ ($P = 0.0001$)



Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio	Risk Ratio
	Events	Total	Events	Total		M-H, Fixed, 95% CI	M-H, Fixed, 95% CI
Addington et al., 2011	0	27	3	24	3.8%	0.13 [0.01, 2.35]	
Amminger et al., 2010	2	41	11	40	11.6%	0.18 [0.04, 0.75]	
Bechdolf et al., 2012	0	63	9	65	9.7%	0.05 [0.00, 0.91]	
McGlashan et al., 2006	5	31	11	29	11.8%	0.43 [0.17, 1.08]	
McGorry et al. 2013, CBT and Risk vs CG	7	43	6	28	7.5%	0.76 [0.28, 2.03]	
McGorry et al.							
McGorry et al.							
Morrison et al.							
Morrison et al.							
Van der G							
Total (95% CI)							
Total events							

**Number Needed to Treat (NNT) einen Übergang in die Psychose zu verhindern:
10 nach 12 Monaten
13 nach 24 Monaten**

Differentielle Effekte?

	K	N	NNT	95%CI
12-month Follow-Up	11	1083	8	6-16
* Omega-3	1	81	4	3-14
* Antipsychotic medication	3	190	7	4-77
* All psychological interventions	7	840	9	6-21
* Integrated Psychological Interventions	2	195	6	4-14
* Cognitive Behavioral Therapy	5	645	13	7-83
24-month Follow-Up	3	483	9	5-50



Ziele der Frühintervention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko (indizierte Prävention)



- (1) Besserung aktueller Beschwerden und Probleme ✓**
- (2) Vermeidung/Reduzierung von sozialer Behinderung (✓)**
- (3) Verhinderung oder Verzögerung der ersten psychotischen Episode ✓**

European Psychiatric Association (EPA) - Guidance 2015

(Schmidt et al., 2015)

4.2.3. Recommendation 3 (grade of recommendation: A)

The EPA considers that psychological, in particular CBT, as well as pharmacological interventions are able to prevent or at least postpone a first psychotic episode in adult CHR patients.

4.2.4. Recommendation 4 (grade of recommendation: D)

The EPA considers that in adult CHR patients a staged intervention model should be applied with the least restrictive service approach, i.e., CBT, being offered as first choice. Where psychological interventions have proved ineffective, they should be complemented by low dose second-generation antipsychotics in adult CHR patients if severe and progressive CHR symptomatology (APS with only minimal or clearly declining insight, or BLIPS in higher or increasing frequency) is present and with the primary aim to achieve a degree of symptomatic stabilization that is required for psychological interventions to be effective. Thus, any long-term antipsychotic treatment with a primarily preventive purpose is not recommended.



NICE Guidelines 2014 (UK)

5.8.3 Treatment options

5.8.3.1 If a person is considered to be at high risk of psychosis as described in recommendation 5.8.3.1

- offer individualized treatment without family involvement
- offer intervention with any of the following personality disorders

5.8.3.2 Do not offer antipsychotics

- for people considered to be at high risk of psychosis as described in recommendation 5.8.3.1
- with the aim of decreasing the risk of psychosis

Pro und Kontra

Nervenarzt 2015 · 86:1424–1426
DOI 10.1007/s00115-015-4428-0
Online publiziert: 28. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

A. Bechdorf^{1, 2, 3, 4} · S. Laier^{1, 2} · M. Kallenbach^{1, 2, 3} · A. Biester^{1, 2} · K. Leopold^{1, 2}

¹ Frühinterventions- und Therapiezentrum – FRITZ am Urban, Vivantes Klinikum Am Urban, Klinik für

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Medizin, Berlin

² Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und

Psychosomatik, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Medizin, Berlin

³ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln

⁴ ORYGEN Youth Health, University of Melbourne, Melbourne

Sollen bei Prodromalstadien der Schizophrenie Antipsychotika zur Psychoseprävention eingesetzt werden? Kontra

Präventive Maßnahmen haben die Prognose einer Reihe von Volkskrankungen, wie z. B. arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus, wesentlich verbessert. Mit dem „abgeschwächten Psychosesyndrom“, wie es jetzt in die Forschungskriterien des DSM-5 aufgenommen wurde, ist eine wichtige Voraussetzung für einen Paradigmenwechsel von der Therapie hin zur Prävention auch bei psychotischen Störungen erfüllt. Trotzdem ist es irreführend von „Prodromalstadien der Schizophrenie“, wie im Titel dieser Diskussion genannt, zu sprechen. Prodromalstadien sollten definitionsgemäß erst retrospektiv, nach Manifestation der Erkrankung als solche deklariert werden. Aber bei den klinischen Risikopersonen erleben erfreulicherweise „nur“ etwa 40% der Betroffenen einen Übergang in eine vollständig manifeste psychotische Episode und davon auch nicht alle in eine schizophrene Störung. 30% der Betroffenen

sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Personen mit erhöhtem Psychoserisiko auch ohne Konversion in eine Psychose unter klinisch behandlungsrelevanten Symptomen leiden und z. T. ein dramatisch reduziertes Funktionsniveau aufweisen. Daher sind effektive und verträgliche Behandlungsstrategien auch unabhängig vom Psychoseübergang unbedingt erforderlich [4, 9].

An die klinische Behandlung und indizierte Prävention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko sind hohe ethische Maßstäbe anzulegen, da Betroffene zwar in Form von Symptomremission und Funktionsverbesserungen von präventiven Interventionen profitieren, jedoch bis zu 60% auch im unbehandelten Verlauf keine manifeste Psychose entwickeln werden. Alleine die Informationsvermittlung, einer Risikopopulation anzugehören, kann potenziell Angst auslösen.

Die ersten empirischen Daten aus angemessen konzipierten Früherkennungszentren, dass die empathische und individualisierte Informationsvermittlung in einem angemessenen Setting zu einer emotionalen Entlastung bei den Betroffenen führt [7, 14].

» Unter Nutzen-Risiko-Abwägungen zeigt die Psychotherapie klare Vorteile

Neben der Schaffung eines angemessenen Settings für das präventive Angebot ist die Gestaltung der indizierten Prävention selbst natürlich bedeutsam. Derzeit liegen acht abgeschlossene randomisiert-kontrollierte Studien, in die über 1000 Risikopersonen eingeschlossen wurden, zur indizierten Prävention bei erhöhtem Psychoserisiko vor. Es wurden Low-dose-An-

FRITZ **am Urban**

Frühinterventions- und
Therapiezentrum



Vivantes

**Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik am
Klinikum am Urban
und
am Klinikum im Friedrichshain**
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité, Berlin



Öffentlichkeitsarbeit (Allgemeinbevölkerung/Multiplikatoren)



Vivantes
Klinikum Am Urban

Psychose im Film
Filmabend mit Podiumsdiskussion

in Kooperation mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychiatrie

DAS WEISSE RAUSCHEN
(Hans Weingartner)
16. Oktober 2013, 19.30 Uhr
im Moviemonto
Kottbusser Damm 22
10967 Berlin-Kreuzberg
Eintritt: 2,50 EUR

A BEAUTIFUL MIND
(Ron Howard)
13. November 2013, 19.30 Uhr
im Moviemonto DUND
Kottbusser Damm 22
10967 Berlin-Kreuzberg

Prof. Dr. **Andreas Bechdolf, M.Sc.**
Chefarzt, Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosoma-
tik, Vivantes Klinikum Am
Urban und Vivantes Klinikum
im Friedrichshain;

Dr. Dipl.-Psych.
Yehonala Gudlowski
Psychologische Leiterin des
Früherkennungs- und Thera-
piezentrums für beginnende
Psychosen (FeTZ) Berlin /
Brandenburg Charité – Univer-
sitätsmedizin Berlin Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

sowie
Marianne Schuhmacher
Vorstandsmitglied
des Landesverbandes
Berlin e.V., Angehörige
psychisch Kranker.

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Vivantes
Leben in Berlin

Fortbildung für Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter aus den Bereichen Schule,
Jugendhilfe und Arbeitsvermittlung zu
seelischen Erkrankungen im Jugend- und
jungem Erwachsenenalter

**Früherkennung und Therapie
von Psychosen**
14. Oktober 2014, 14.00–17.00 Uhr

Eine Veranstaltung in Kooperation mit der Charité - Universitäts-
medizin im Rahmen der 8. Woche der seelischen Gesundheit

**BERLINER WOCHE DER
SEELISCHEN GESUNDHEIT**

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

FRITZ am Urban
Frühinterventions- und Therapiezentrum

Vivantes
Klinikum Am Urban und
Klinikum im Friedrichshain

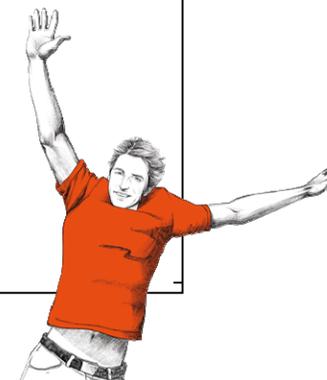




Öffentlichkeitsarbeit (Schulen)

FRITZ am Urban
Frühinterventions- und
Therapiezentrum

“FRITZ on tour”
Ein Informationsangebot
für junge Erwachsene mit
beginnenden psychischen
Krisen.





Früherkennungsnetzwerk schaffen





Beratung und Diagnostik

niederschwellig, flexibel, in der Regel in zwei Terminen,
auch ohne Krankenkassenkarte

Diagnostik:

Basissymptome – SPIA

Prodromalsymptome – SIPS/SOPS

Depression/Angst – BDI/SPAI

Persönlichkeit – SCID II

Neuropsychologie

Ausschlussdiagnostik:

Drogenscreening, Labor, Bildgebung,
EEG

ICC-Kriterien zur Gruppeneinteilung		
Basissymptome	Score	Wenn Score > 3, Datum des Beginns
SPI-A B1: Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu spalten		
SPI-A C2: Interferenz emotional neutraler Gedanken		
SPI-A D3: Gedankenjagen, -drängen		
SPI-A C3: Gedankenblockaden		
SPI-A C4: Störung der rezeptiven Sprache		
SPI-A C5: Störung der expressiven Sprache		
SPI-A O3: Störung der Symbolerfassung, Konkretismus		
SPI-A D4: Eigenbeziehungstendenz		
SPI-A O7: Fesselung, Bannung durch optische Wahrnehmungsdetails		
Weisen mindestens 2 dieser Symptome der SPI-A seit mindestens 3 Monaten einen Score von mindestens 3 auf (d.h. Auftreten mehrmals in der Woche bzw. mehrere kurze Phasen pro Monat oder wöchentlich) und Liegen diese Symptome (unabhängig von ihrem Schweregrad) seit mindestens 1 Jahr vor? -> WENN JA, bitte hier ankreuzen: Basissymptome / Gruppe 3		Ja <input type="checkbox"/>
Attenuierte Positiv-Symptome bzw. BLIPS	SOPS Score	Wenn Score > 3, Datum des Beginns
SIPS P1: Ungewöhnliche Denkinhalte / wahnhafte Ideen		
SIPS P2: Misstrauen / Verfolgungsideen		
SIPS P3: Größenideen		
SIPS P4: Abweichungen in der Wahrnehmung / Halluzinationen		
SIPS P5: Konzeptuelle Desorganisation		
Liegt ein SOPS-Score von 3-5 auf mindestens einem der 5 Positiv-Symptome der SIPS vor und Haben diese Symptome innerhalb des letzten Jahres begonnen oder erfüllt irgendein Symptom heute einen um 1 Punkt höheren Wert als vor 1 Jahr und Sind die Symptome mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von einmal/Woche innerhalb des letzten Monats aufgetreten? -> WENN JA , bitte hier ankreuzen: Attenuierte Positiv-Symptome / Gruppe 1		Ja <input type="checkbox"/>
Liegt ein SOPS-Score von 6 auf mindestens einem der 5 Positiv-Symptome der SIPS vor und Haben die Symptome innerhalb der letzten 3 Monate begonnen und Waren die Symptome über einen Zeitraum von höchstens 7 Tagen ohne Unterbrechung vorhanden? -> WENN JA , bitte hier ankreuzen: BLIPS / Gruppe 2		Ja <input type="checkbox"/>
Deutliche Minderung von Leistungs- und sozialem Funktionsniveau bei vorhandenem Risikoprofil		
1. Der Patient weist eine mindestens einmonatige mindestens 30%ige Verschlechterung seines Funktionsniveaus im SOFAS innerhalb des letzten Jahres auf (verglichen mit dem vorherigen höchsten Funktionsniveau)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. a. Ein Verwandter ersten Grades des Patienten leidet unter einer psychotischen Störung oder b. der Patient hat eine schizotypische Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (vergleiche SKID II)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-> WENN 1. und 2.a. oder 2.b. gleich JA , bitte hier ankreuzen: Gruppe 4	Ja <input type="checkbox"/>	



Ziele der Frühintervention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko (indizierte Prävention)



- (1) Besserung aktueller Beschwerden und Probleme**
- (2) Vermeidung/Reduzierung von sozialer Behinderung**
- (3) Verhinderung oder Verzögerung der ersten psychotischen Episode**

Integrierte psychologische Intervention (IPI) (über 12 Monate ambulant, Bechdorf et al., 2011)

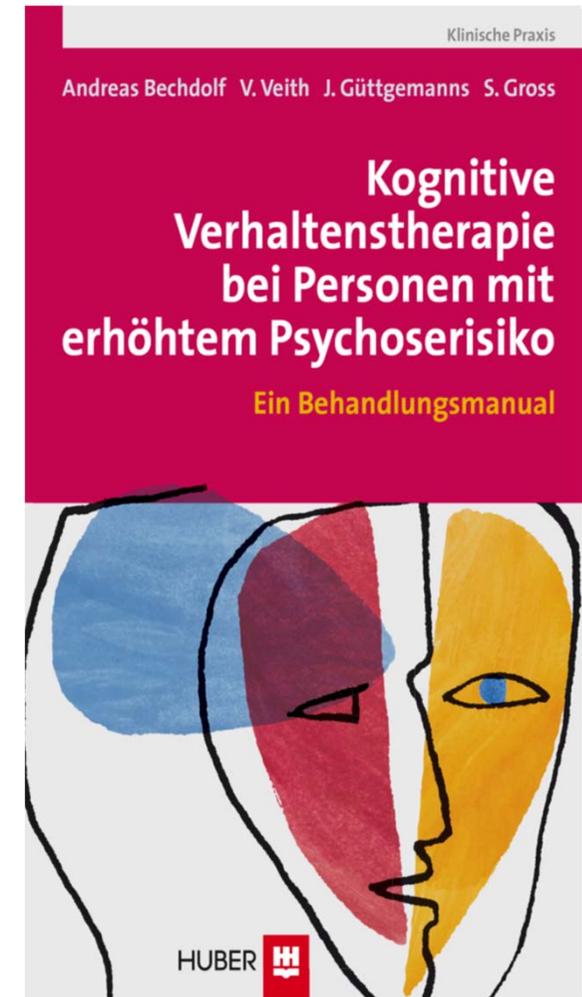
	Module
Einzeltherapie 30 Sitzungen	Beziehungsaufbau Psychoedukation Individualisiertes Belastungs- und Symptommanagement Krisenmanagement
Gruppentherapie 15 Sitzungen in geschlossener Gruppe mit 4-8 Teilnehmern	Aufbau positiver Aktivitäten Erlernen euthymer Strategien Soziales Wahrnehmungs- und Kompetenztraining Problemlösetraining
Kognitives Training 12 Sitzungen	Computergestütztes Konzentrations- ,Aufmerksamkeits- und Gedächtnistraining
Angehörigenberatung 3 Sitzungen	Psychoedukative Multifamilienberatung



Bechdorf et al., Nervenarzt (2003) 5:436-439; Larsen, Bechdorf, Birchwood, J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry (2003) 31 (1):209-28; Häfner et al., (2004) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254 (2): 117-28; Bechdorf et al. (2005) Br J Psychiatry Suppl, 48: s45-8; Bechdorf et al. (2005) Psychiatry Res 136 (2-3): 251-5; Bechdorf et al. (2006) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 (3) 159-73

PREVENT Einzelpsychotherapie (KVT) (30 Sitzungen/12 Monate)

Beziehungsaufnahme			
Beziehungs- gestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz • Echtheit • Zugewandtheit • Therapeutischer Optimismus • Empowerment-Haltung • Würdigung • Autonomie • Humor • Selbstöffnung des Therapeuten 	Anamnese und Diagnostik		
	Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses		
	Therapieplanung, Schwerpunktsetzung		
	Symptommanagement		
	Basissymptome	Depressive Symptome	Soziale Isolierung
	(attenuierte) wahnhafte Überzeugungen	Basis-symptome	(attenuierte) wahnhafte Überzeugungen
	Halluzinationen und ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse		Halluzinationen und ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
Dysfunktionale Kognitionen			
Stabil bleiben			



Besonderheiten bei der Behandlung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

**Patienten häufig noch ohne therapeutische
Vorerfahrungen**

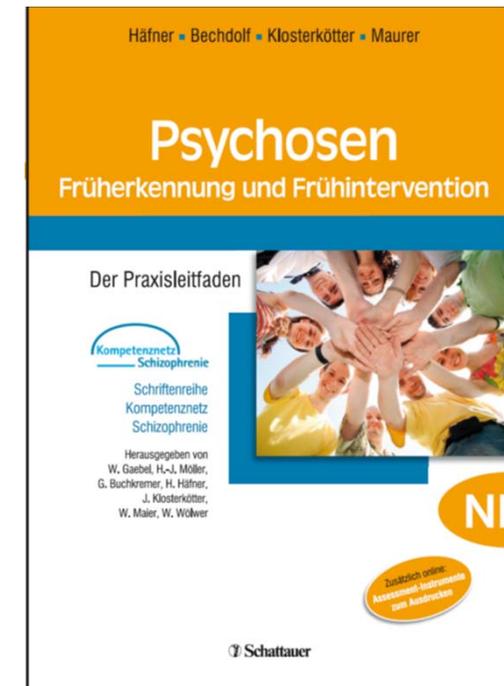
Überwiegend junges Erwachsenenalter

Häufig komorbide Achse I + II Störungen

Verminderte Belastbarkeit

Integrierte psychologische Intervention (IPI) (über 12 Monate ambulant, Bechdorf et al., 2011)

	Module
Einzeltherapie 30 Sitzungen	Beziehungsaufbau Psychoedukation Individualisiertes Belastungs- und Symptommanagement Krisenmanagement
Gruppentherapie 15 Sitzungen in geschlossener Gruppe mit 4-8 Teilnehmern	Aufbau positiver Aktivitäten Erlernen euthymer Strategien Soziales Wahrnehmungs- und Kompetenztraining Problemlösetraining
Kognitives Training 12 Sitzungen	Computergestütztes Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnistraining
Angehörigenberatung 3 Sitzungen	Psychoedukative Multifamilienberatung



Bechdorf et al., Nervenarzt (2003) 5:436-439; Larsen, Bechdorf, Birchwood, J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry (2003) 31 (1):209-28; Häfner et al., (2004) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254 (2): 117-28; Bechdorf et al. (2005) Br J Psychiatry Suppl, 48: s45-8; Bechdorf et al. (2005) Psychiatry Res 136 (2-3): 251-5; Bechdorf et al. (2006) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 (3) 159-73

Beziehungsaufbau / Psychoedukation (I)

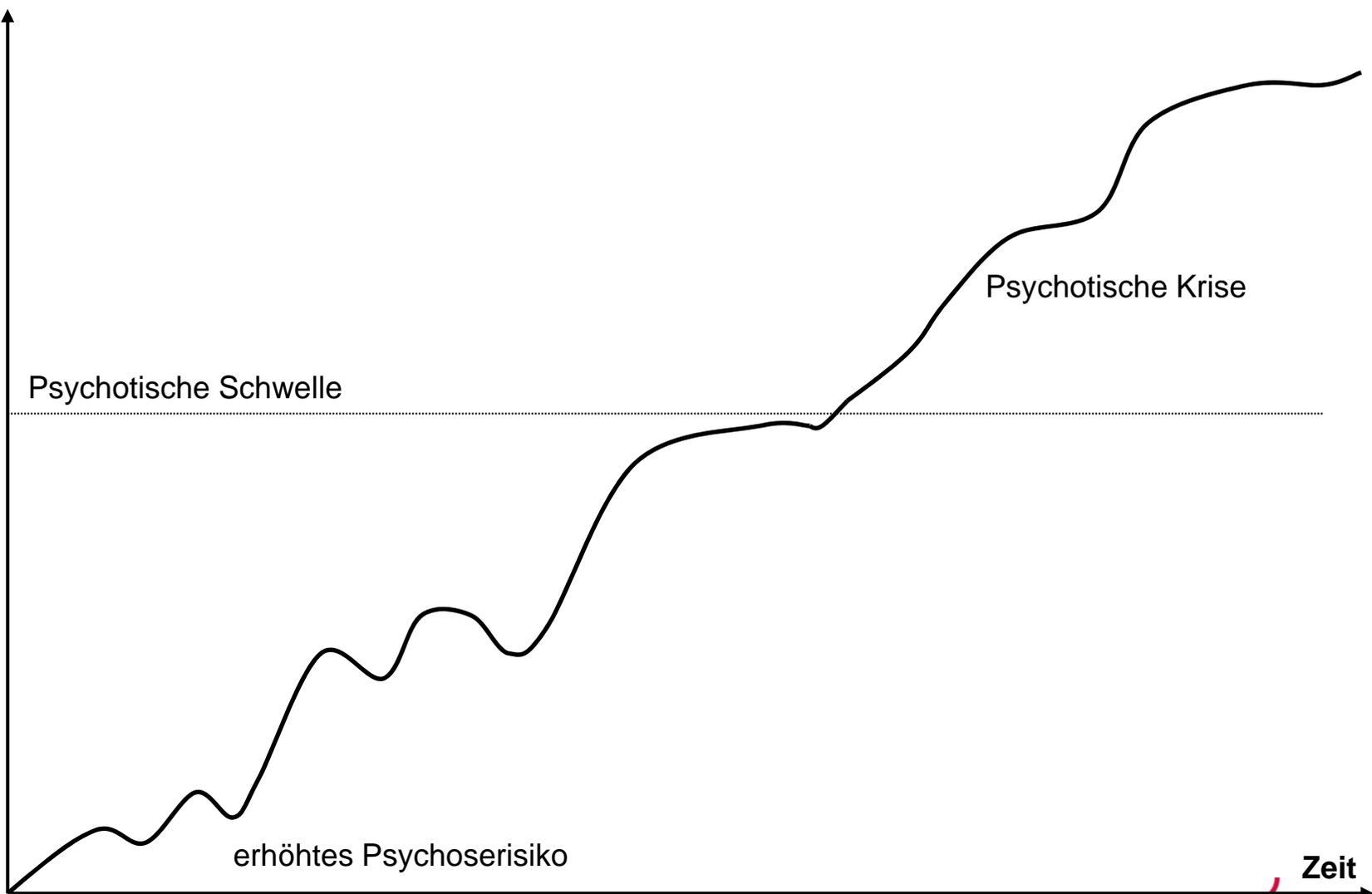
- Ein konstruktives Erklärungsmodell für die Beschwerden entwickeln, das negative Selbstattributionen vermeidet
- „normalizing approach“
- Ausgehend von den Erklärungsansätzen des Klienten ein Erklärungsmodell möglichst mit Bezug zum Vulnerabilitäts-Stress- oder Synapsenmodell entwickeln

Beziehungsaufbau / Psychoedukation (II)

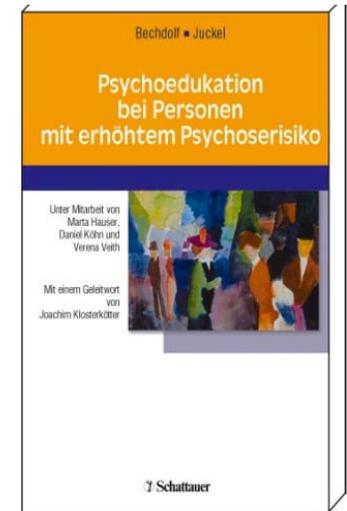
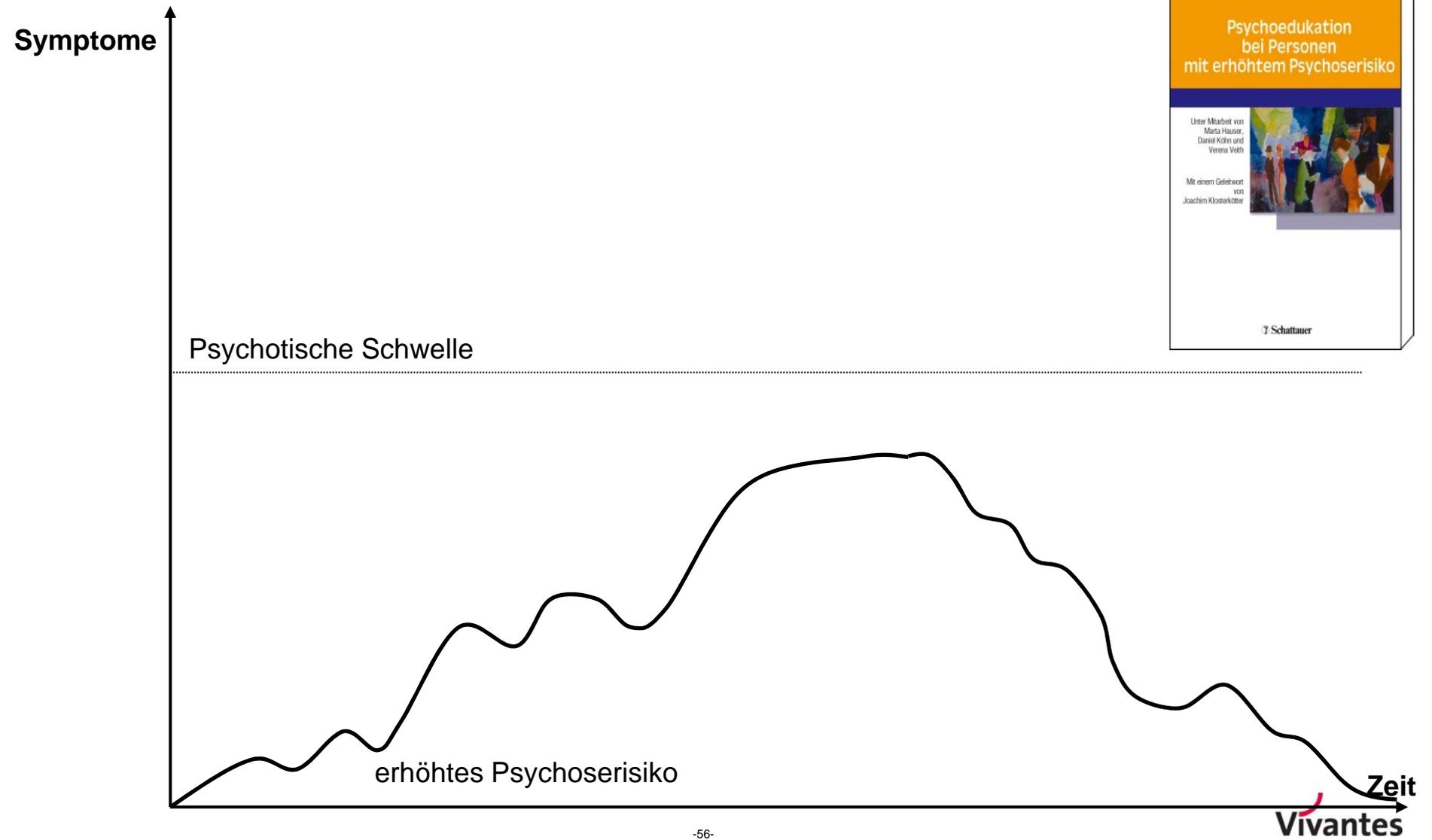
- **Wenn keine andere Begrifflichkeit besteht, Einführung und Klärung des Begriffes „Psychotische Krise“:**
- **Vorübergehende Veränderung des Denkens- und der Wahrnehmung**
- **Typische Zeichen (etwas sehen oder hören, was tatsächlich nicht da ist, Dinge die eigentlich nichts mit Dir zu tun haben mit Dir in Verbindung bringen)**
- **Frühzeitige Behandlung besonders hilfreich**
- **Mit individuellen Risikosymptomen, Protektoren, Stress- und Risikofaktoren, VSB-und Synapsenmodell in Verbindung bringen**

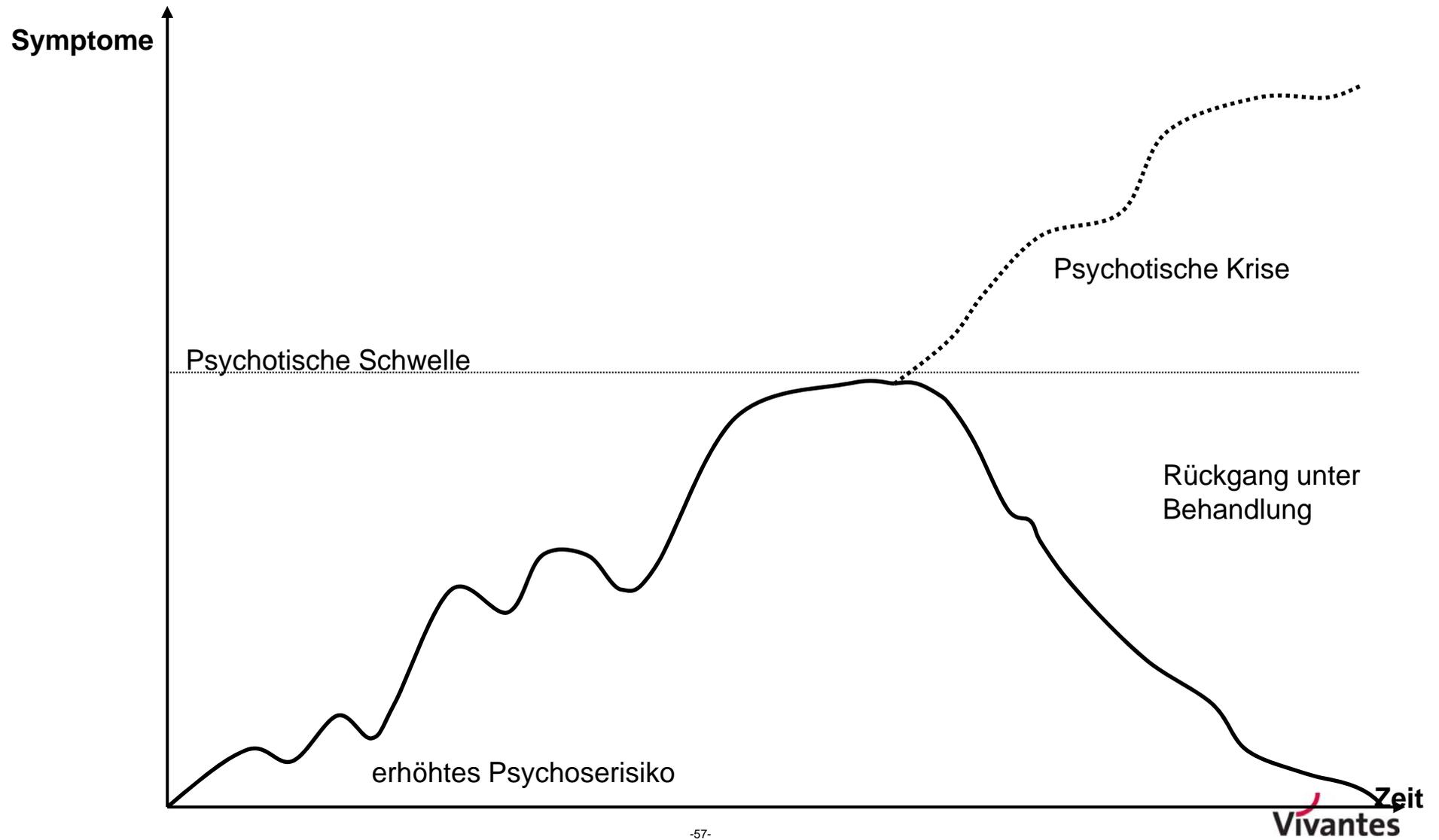


Symptome



Zeit
Vivantes







Ziele der Frühintervention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko (indizierte Prävention)



- (1) Besserung aktueller Beschwerden und Probleme ✓**
- (2) Vermeidung/Reduzierung von sozialer
Behinderung (✓)**
- (3) Verhinderung oder Verzögerung der ersten
psychotischen Episode ✓**



Vielen Dank



<http://fritz-am-urban.de>

andreas.bechdolf@vivantes.de