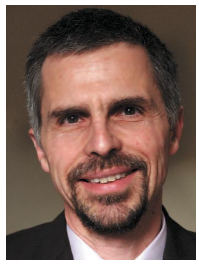
Früherkennung von Psychosen in der Praxis



Martin Hambrecht

Martin Hambrecht

Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Darmstadt

psycho*neuro* 2003; 29 (11): 518–521

Früherkennung kommt vor allem für psychotische Erkrankungen in Betracht, die schleichend beginnen und langfristig eine besonders ungünstige Prognose aufweisen. Dies gilt zuvorderst für schizophrene Störungen. Der Übergang in eine Schizophrenie kann heute nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden. Derzeit bilden Psychopathologie und Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen. Die häufigsten Prodromalsymptome sind allerdings unspezifisch oder schon psychosenah. Spezifischer, aber auch seltener und schwerer zu erfassen, sind bestimmte Basissymptome, d.h. vom Patienten selbst wahrgenommene Störungen des Denkens und der Wahrnehmungen. Die Kombination mehrerer Untersuchungsebenen dürfte die Prädiktion und damit die Indikationsstellung für die Frühintervention wesentlich verbessern.

Der Begriff „Psychose“ fand durch v. Feuchtersleben 1845 erstmals Eingang in ein psychiatrisches Lehrbuch. Bis vor wenigen Jahrzehnten häufig unscharf für jegliche schwere psychische Krankheit verwendet, hat er inzwischen eine Präzisierung erfahren. Heute werden damit Erkrankungen bezeichnet, die mit Wahn, Halluzinationen und/oder grob desorganisiertem Verhalten einhergehen. D.h. auch bei einem chronisch schizophrenen Kranken in Teilremission spricht man von einer Psychose, obwohl die psychische Störung vom Schweregrad her kein psychotisches Ausmaß hat.

Je nach Ätiologie, Begleitsymptomen und Verlauf werden heute organische und substanzinduzierte, affektive und schizophrene Psychosen unterschieden. Die genannten psychotischen Symptome können aber auch bei schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und abnormen Erlebnisreaktionen auftreten. Akut können Psychosen durch eine Aufhebung der Fähigkeit zu Realitätsprüfung und Steuerungsfähigkeit zu Selbst- und Fremdgefährdung führen. Chronisch ziehen unbehandelte Psychosen Verlust an Lebensqualität, schlechten körperlichen Gesundheitszustand, soziale Isolation und sozialen Abstieg nach sich. Dementsprechend sind die Aufwendungen für Behandlung und Betreuung Psychosekranker nicht unerheblich. Sie betragen allein für chronisch Schizophreniekranke in Deutschland jährlich über drei Milliarden Euro.

Folgerichtig werden deshalb Forderungen nach Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen immer lauter – insbesondere für Psychosen, die zu Chronifizierung neigen. Da erste Symptome in der Regel im Alltag der Betroffenen auftreten, kommt es bei der Früherkennung auf die Selbstwahrnehmung sowie auf aufmerksame Bezugspersonen an. Entscheidend ist dann vor allem die angemessene Reaktion der in der ambulanten medizinischen und psychosozialen Versorgung Tätigen. Da Hausärzte und niedergelassene Nervenärzte fast immer als erste Mediziner konsultiert werden, tragen sie eine besondere Verantwortung für eine angemessene Erstdiagnostik („Screening“), Akutversorgung und ggf. Weiterleitung in spezialisierte Zentren.

Bei hochakut verlaufenden Psychosen, z.B. im Rahmen akuter körperlicher Erkrankungen oder Intoxikationen, kommt die Früherkennung in der Regel zu spät. Diagnostisch stellen diese Zustände in der Regel kein Problem dar, da sie meist mit intensiven Halluzinationen, handlungsbestimmenden Wahnsymptomen und heftigen Affekten einhergehen. Psychosen mit einem längeren Vorlauf bieten hingegen die Chance zur Früherkennung, also der Erfassung von Symptomen und Zuständen, die dem Vollbild der Psychose vorausgehen (s. Tab. 1).

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Bedeutung der Früherkennung bei Schizophrenie

Weltweit hat sich die Forschung seit Ende der 1980er-Jahre vor allem der Früherkennung jener Psychosen zugewandt, deren Beginn meist subakut und deren Verlauf vielfach besonders katastrophal ist, nämlich den schizophrenen Psychosen. In Deutschland stehen sie aktuell im Mittelpunkt eines Projektverbundes des Kompetenznetzes Schizophrenie.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1% sind Schizophrenien keine sehr häufigen Erkrankungen. Sie erhalten jedoch aufgrund des frühen Ersterkrankungsalters (in der Regel 18 bis 35 Jahre) und aufgrund des bei mindestens einem Drittel der Erkrankten chronischen Verlaufs eine besondere Bedeutung. Etwa 10% der Betroffenen suizidieren sich in den ersten Jahren der Erkrankung, und zwei Drittel der betreuenden Angehörigen sind selbst psychisch stark beeinträchtigt. Auch die Aufwendungen der Solidargemeinschaft für diese Krankheit sind enorm.

Die Dauer der unbehandelten Psychose erwies sich in vielen Studien als Prädiktor eines ungünstigen weiteren Verlaufs der Krankheit. Dieser korrelative Zusammenhang mahnt eine Verkürzung dieser Leidensstrecken an. Ob die Verkürzung der unbehandelten Erkrankung durch Frühintervention nicht nur die erste psychotische Episode mildern oder verkürzen, sondern auch den weiteren Verlauf günstig beeinflussen kann, ist inzwischen Gegenstand von kontrollierten Studien. Grundsätzlich setzt Frühintervention jedoch Früherkennung voraus.

Die aktuelle Datenbasis

Frühdiagnostik muss auf gesicherten Kenntnissen über den Frühverlauf einer Erkrankung aufbauen. Optimal sind hierfür prospektive Studien, die Aussagen zur prognostischen Validität bestimmter Befunde liefern, aber nur dann ausreichend große Stichproben liefern, wenn sie Populationen beobachten, in denen das Krankheitsrisiko erhöht ist. Retrospektive Studien erlauben zwar keine Aussagen zur Vorhersagekraft einzelner Befunde, können prinzipiell aber nahezu beliebig große Stichproben untersuchen.

Als umfassendste, methodisch solideste retrospektive Studie zum Frühverlauf schizophrener Erkrankungen gilt die „ABC-Schizophrenie-Studie“ von Häfner und Mitarbeitern aus Mannheim (2). Bei einer repräsentativen Stichprobe erster schizophrener Episoden gelang der Nachweis, dass dem ersten Behandlungskontakt unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen mindestens ein Jahr psychotische Symptome und im Mittel fünf Jahre nichtpsychotische Prodromalsymptome vorausgehen. In diesem Zeitraum beginnt bereits der soziale Abstieg der erst später als schizophreniekrank diagnostizierten Menschen (9).

Prospektive Studien der einflussreichen Melbourner Arbeitsgruppe von McGorry erzielten die notwendige Anreicherung des Psychoserisikos in der Untersuchungspopulation, indem sie Zustände mit einem erhöhten Risiko für den Übergang in eine Psychose definierten, ohne bereits die diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie zu erfüllen (8, 11):

- spontan-remittierte psychotische Symptome von kurzer Dauer
- schwach ausgeprägte psychotische Symptome
- Leistungseinbruch bei vorbestehendem Risiko (genetische Belastung oder anamnestische Geburtskomplikationen).

Trotz der kurzen Nachbeobachtungszeit von zunächst sechs Monaten war das Psychoserisiko bei Menschen, die mindestens eines dieser Kriterien erfüllten, so hoch, dass 40% von ihnen in diesem Zeitraum bereits manifest erkrankten.

Die erste langfristige prospektive Früherkennungsstudie der Arbeitsgruppe von Klosterkötter et al. (6, 7) erzielte die Risikoanreicherung durch den Einschluss von Patienten, die überwiegend aus Facharztpraxen zur Abklärung eines Psychoseverdachts Universitätspolikliniken zugewiesen worden waren und im Mittel 9,6 Jahre nach der initialen Erfassung der Prodromalsymptomatik nachuntersucht wurden. Hier waren rund die Hälfte der initial eingeschlossenen 160 Patienten inzwischen an Schizophrenie erkrankt, im Mittel nach 5,6 Jahren.

Derzeit wird im Früherkennungsprogramm des Kompetenznetzes Schizophrenie auf zwei Ebenen die frühe Erkennung (Diagnose) und Vorhersage der Psychose (Stadium des Frühverlaufs) angestrebt: Mittels eines 17-Item-Screening-Instruments, der aus den Ergebnissen der Mannheimer und Kölner Studien entwickelten „Checkliste“, und eines 110 Items umfassenden Interviews (ERIRAOS) zur weiteren

Tab. 1 Verlauf und Früherkennungsmöglichkeit verschiedener Psychosen

Nosologische Einheit	Unterformen	Verlauf	Früherkennung
Organische Psychosen	ZNS-Erkrankungen, Intoxikationen, endokrine Erkrankungen etc.	je nach Ätiologie, meist eher akut	bei Erstmanifestation kaum möglich; abhängig von Akuität des Beginns
Affektive Psychosen	Manie	meist akut	abhängig von Akuität des Beginns
	Depression mit psychotischen Symptomen	variabel	abhängig von Akuität des Beginns
Schizophrene Psychosen	paranoid-halluzinatorische	bei 75% mehrjährige Prodromalphase	potenziell gut
	katatone	meist akut	schlecht, wenn keine Prodromi
	desorganisierte	schleichend	schwierige Differenzialdiagnose
	schizoaffektive	meist akut	abhängig von Akuität des Beginns

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Risikoabklärung. Die Ergebnisse sind ebenso abzuwarten wie die Resultate einer prospektiven multizentrischen europäischen Früherkennungsstudie unter Kölner Federführung („EPOS"), die psychopathologische, soziale und neurobiologische Untersuchungsebenen einschließt.

Bei aller Vorläufigkeit erlauben die bisher vorliegenden Daten folgende Bewertung der einzelnen Symptombereiche für die Früherkennung in der Praxis:

Frühe affektive Auffälligkeiten und Leistungseinbußen

Nervosität, Depressivität, Ängste, Energielosigkeit, Selbstzweifel, Leistungseinbruch und sozialer Rückzug werden von Menschen mit Schizophrenie am häufigsten als erste Symptome erinnert. Sie führen bei den Betroffenen zu einem hohen Leidensdruck und sollten (auch zur Stärkung von Behandlungsmotivation und therapeutischer Beziehung) sorgfältig erfragt und bearbeitet werden.

Diese frühesten Symptome eines psychotischen Prozesses sind allerdings unspezifisch. Sie stellen z.B. die Kernsymptomatik von depressiven und Angststörungen dar und können deshalb nicht zu einer Vorhersage herangezogen werden. Diese Beschwerden sind auch in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. So gaben bei einer Repräsentativbefragung unter Studierenden in Deutschland 27% psychische Probleme an – mit am häufigsten genau jene von später schizophren Erkrankten.

Tab. 2 Ebenen der Früherkennungsdiagnostik

- Psychopathologie: v.a. Basissymptome, Verlaufsdynamik
- Familienanamnese
- Geburtskomplikationen
- Lebensereignisse, psychosoziales Umfeld, Leistungsniveau
- Bildgebende Verfahren: Volumetrie, evtl. funktionelles MRT
- Neurophysiologie: z.B. evozierte Potenziale
- Neuropsychologie: Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeitsleistung

Absonderliches Verhalten und „Negativsymptomatik"

Im US-amerikanischen Diagnosemanual DSM-III-R wurden als Prodromalsymptome für Schizophrenie absonderliches Verhalten, Denken oder Erscheinungsbild, abgestumpfter, verflachter oder inadäquater Affekt und andere Symptome aufgelistet, die im Nachhinein nach Psychoseausbruch überwiegend der „Negativsymptomatik" der Schizophrenie zugerechnet werden. Sie besitzen jedoch eine so geringe diagnostische Spezifität und Sensitivität, dass sie in bis zu 30% der Fälle zu falsch-positiven und in bis zu 23% der Fälle zu falsch-negativen diagnostischen Zuordnungen führen (4). Dennoch sind sie bei der Frühdiagnostik nicht ohne Bedeutung, da sie einerseits soziale Defizite und zwischenmenschliche Konflikte nach sich ziehen und andererseits für das (kaum operationalisierbare) „praecox"-Gefühl (10) des erfahrenen Diagnostikers verantwortlich sein dürften.

Selbst-wahrgenommene Denk- und Wahrnehmungsstörungen

Als „Basissymptome" beschrieb Gerd Huber von Schizophreniepatienten selbst beobachtete Defizite vor allem des Denkens und Wahrnehmens, aber auch im Fühlen und Handeln, die mit einem strukturierten Interview, der Bonner Skala für die Erfassung von Basisstörungen, BSABS, sehr subtil zu erfassen sind (1). In der prospektiven Studie von Klosterkötter et al. (6, 7) erwiesen sich in erster Linie selbst erlebte kognitive Defizite und Auffälligkeiten der Wahrnehmung als besonders prädiktiv. So lagen etwa bei Gedankeninterferenzen, Perseverieren von Gedanken, Gedankendrängen, gestörter Diskrimination von Vorstellung und Wahrnehmung, Störungen der rezeptiven Sprache, Derealisationserleben, optischen und akustischen Wahrnehmungsstörungen die einzelnen Raten an falsch-positiven Vorhersagen bei unter 10%. Allerdings waren die hochprädiktiven kognitiven Einzelsymptome jeweils nur von knapp einem Drittel der Patienten schon zu Beginn der Verlaufsbeobachtung geboten worden. Alleine hierauf lässt sich also eine breit angelegte Früherkennung nicht stützen, sonst würden zu viele Schizophrenieprozesse übersehen.

Schwach ausgeprägte oder kurz dauernde psychotische Symptome

Wenig ausgeprägte psychotische Symptome, beispielsweise wiederkehrende Beziehungsideen und Misstrauen ohne Wahngewissheit, weisen nach der Melbourner Studie in über einem Drittel der Fälle auf einen baldigen Übergang in eine manifeste Psychose hin (11). Gleiches gilt für selbstständig remittierte psychotische Symptome von kurzer Dauer, beispielsweise für wenige Stunden bestehende akustische Halluzinationen oder Verfolgungswahn, sofern sie nicht durch Drogenkonsum hervorgerufen wurden. Wenn derartige Symptome aber schon seit Jahren immer wieder bestanden und somit eher der Persönlichkeit des Betroffenen zuzuordnen sind, tragen sie nicht zur Psychoseprädiktion bei.

Substanzmissbrauch

Schädlicher Konsum von Alkohol und Cannabis, in geringerem Maße auch von anderen illegalen Drogen, findet sich vor schizophrenen Psychosen doppelt so häufig wie bei gleichaltrigen Vergleichspersonen (3). Da Substanzmissbrauch die Prognose eindeutig verschlechtert und besondere Behandlungskonzepte erfordert, muss Drogen- und Alkoholkonsum bei der Frühdiagnostik immer angesprochen, erfasst und problematisiert werden, auch wenn sich daraus keine Vorhersage für eine drohende schizophrene Ersterkrankung ableiten lässt. Da Cannabis Psychosen auslösen kann, muss dieser zusätzliche Risikofaktor jedoch mit berücksichtigt werden.

Genetische Belastung und Geburtskomplikationen

Familienstudien haben sehr gut belegt, dass mit zunehmender genetischer Übereinstimmung von Familienangehörigen auch die Konkordanzrate für Schizophrenie steigt – bei eineiigen Zwillingen bis auf 50%. Bei anderen Verwandten 1. Grades liegen die Konkordanzraten aller-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

dings unter 10%, sodass die genetische Belastung alleine noch keine Psychoseprädiktion erlaubt, in Kombination mit anderen Auffälligkeiten aber hellhörig macht.

Ähnliches gilt für Geburtskomplikationen, die ebenfalls weniger als 10% der schizophren Erkrankten in der Anamnese aufweisen. Wegen möglicher Erinnerungsverzerrungen sind elterliche Informationen hierzu nur unter Vorbehalt zu verwerten, wenn sie nicht durch Originaldokumente belegt sind (5).

Neurobiologische Befunde

Neurophysiologische und neuropsychologische Verfahren zeigten bei Menschen mit manifester schizophrener Erkrankung Störungen der Informationsverarbeitung von der Reizaufnahme bis hin zu komplexen kognitiven Leistungen. In der Früherkennung sind diese Befunde aber noch nicht verwertbar, da die bisherigen Studien nur gruppenstatistische Unterschiede herausgearbeitet haben, während prospektive Untersuchungen bei potenziellen Schizophreniepatienten noch im Gang sind. Aus dem gleichen Grund konnten bildgebende Verfahren (z.B. strukturelles oder funktionelles MRT) für die individuelle Risikoabschätzung bislang nicht etabliert werden.

Schlussfolgerungen

Der Übergang in eine schizophrene Psychose kann heute nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden. Derzeit bilden Psychopathologie und Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen. Die häufigsten Prodromalsymptome sind allerdings unspezifisch oder schon psychosenah. Die spezifischeren Prodromalsymptome, nämlich bestimmte Basissymptome, sind seltener und schwerer zu erfassen. Von der Kombination mehrerer Untersuchungsebenen (Tab.2) kann eine Verbesserung der Prädiktion erwartet werden.

Ethische Bedenken, vor allem gegen voreilige Behandlungsmaßnahmen, mahnen zur Vorsicht. Eine differenzierte Früherkennungsdiagnostik wird spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben. Hausärzte, Kinderärzte und andere Nicht-Psychiater sollten immer dann hellhörig werden, wenn Jugendliche und junge Erwachsene sich unerwartet und ohne erkennbare Ursache zurückziehen oder einen Leistungseinbruch erleiden. Auffällig sind in jedem Fall Klagen über bis dahin unbekannte Denk- und Konzentrationsstörungen ohne äußeren Anlass. Besteht zudem eine positive Familienanamnese, sollten nicht erst psychotische Symptome abgewartet werden, bevor eine Zuweisung zum Facharzt erfolgt. Andererseits sollte dessen Diagnostik nicht schon vorher durch voreilige Gabe von Neuroleptika erschwert werden.

Early Recognition of Psychoses in the Practice Setting

Early recognition is of particular importance in psychotic conditions that are of gradual onset and over the long term have a poor prognosis. This applies in the first instance to schizophrenic disorders. Transition to schizophrenia can be predicted only with a certain degree of probability. Currently, psychopathology and the family history represent the leading sources of information. The most common prodromal symptoms are, however, unspecific or already close to psychosis. More specific, but also less common and more difficult to diagnose, are certain basic symptoms, that is, disorders of thinking, of which the patient himself is aware, and also of perception. A combination of several examination levels will likely considerably improve prediction, and thus also facilitate the establishment of the indication for early intervention.

Key Words:
psychoses – schizophrenia – prevention – early detection

Literatur

1. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1987
2. Häfner H, an der Heiden W, Hambrecht M, Riecher-Rössler A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B. Ein Kapitel systematischer Schizophrenieforschung – Die Suche nach kausalen Erklärungen für den Geschlechtsunterschied im Ersterkrankungsalter. Nervenarzt 1993; 64: 706–716
3. Hambrecht M, Häfner H. Führen Alkohol- oder Drogenmißbrauch zu Schizophrenie ? Nervenarzt 1996; 67: 36–45
4. Jackson HJ, McGorry PD, Dudgeon P. Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: Prevalence and specificity. Compreh Psychiatry 1995; 36: 241–250
5. Kendell RE, McInneny K, Juszczak E, Bain M. Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records. Brit J Psychiatry 2000; 176: 516–522
6. Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Sind selbst wahrnehmbare neuropsychologische Defizite bei Patienten mit Neurose- oder Persönlichkeitsdiagnosen für spätere Schizophrenie-Erkrankungen prädiktiv ? Nervenarzt 1997; 68: 196–204
7. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 158–164
8. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos SM. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bull 1996; 22: 305–326
9. Nowotny B, Häfner H, Löffler W. Die beginnende Schizophrenia als Einbruch in die soziale Biographie. Z Klin Psychol 1996; 25: 208–220
10. Rümke HC. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl". Zentralblatt für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 1942; 102: 168
11. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC, Jackson HJ.Prediction of psychosis. Brit J Psychiatry 1998; 172 (Suppl 33): 14–20

Korrespondenzadresse:
Prof.Dr.med. Dr.phil. Martin Hambrecht
Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Landgraf-Georg-Straße100
64287 Darmstadt
e-mail: hambrecht.martin@krankenhaus-elisabethenstift.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.