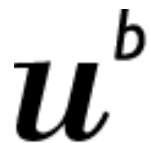
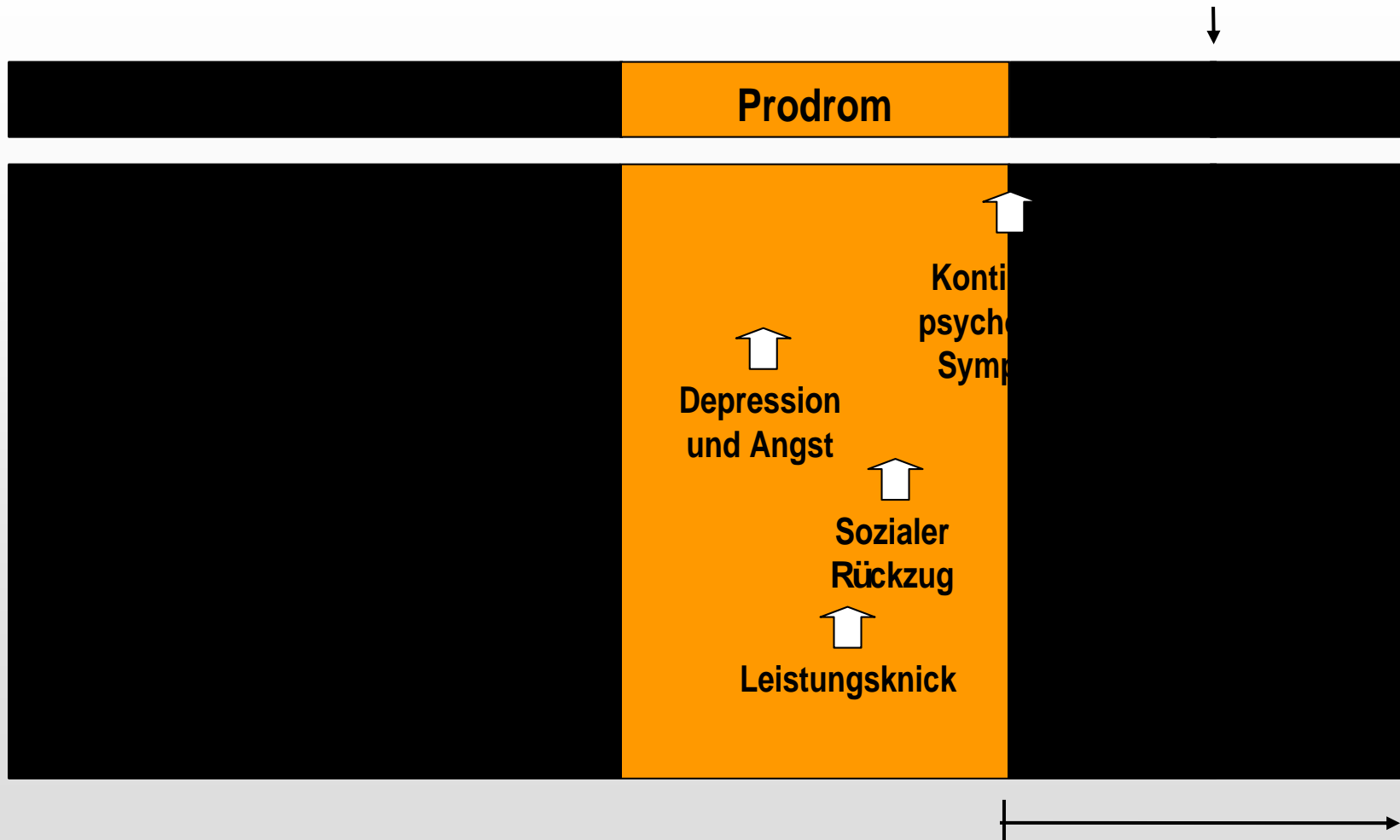


Früherkennung von Psychosen

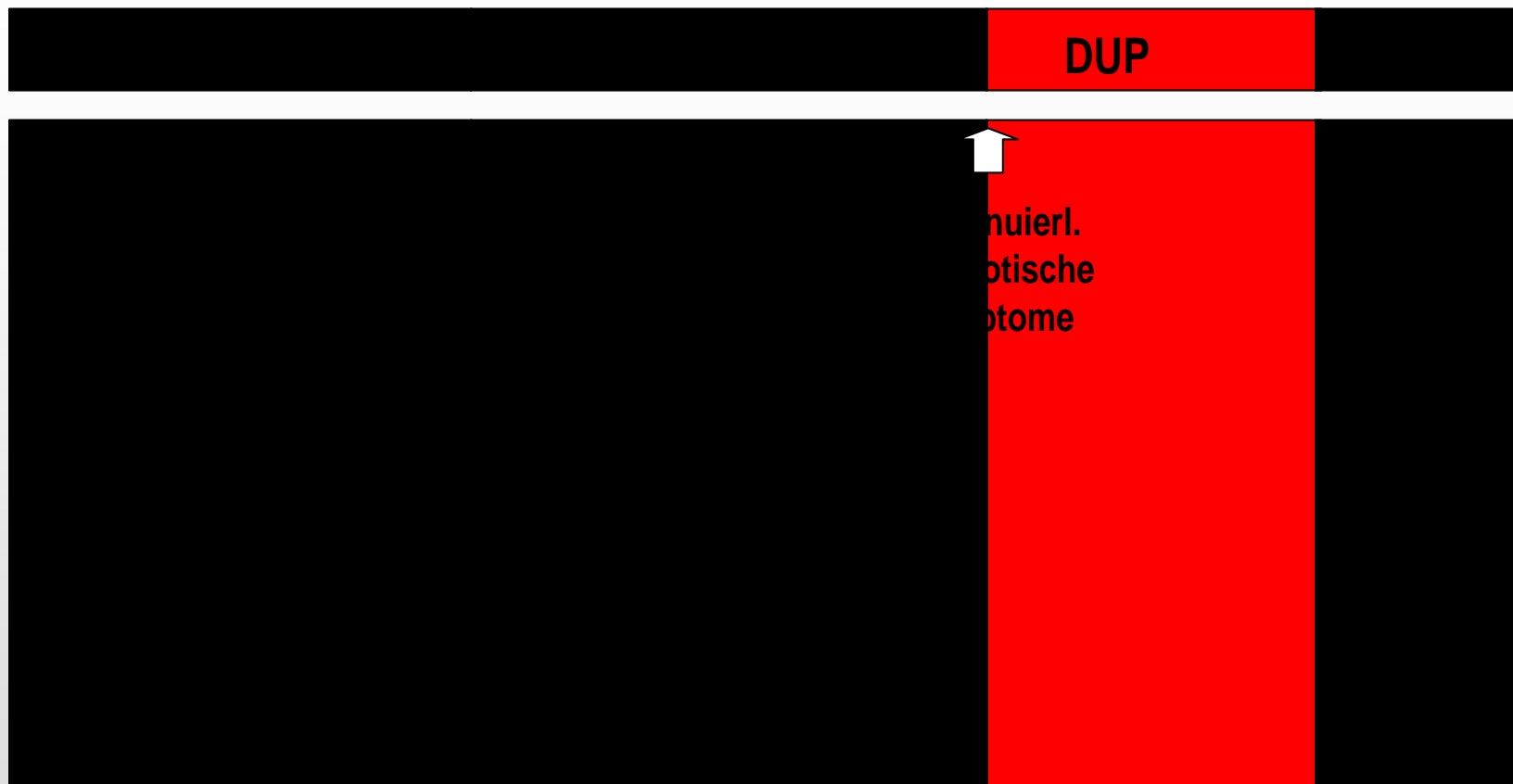
Benno Schimmelmann,
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Bern



Psychose-Entstehung



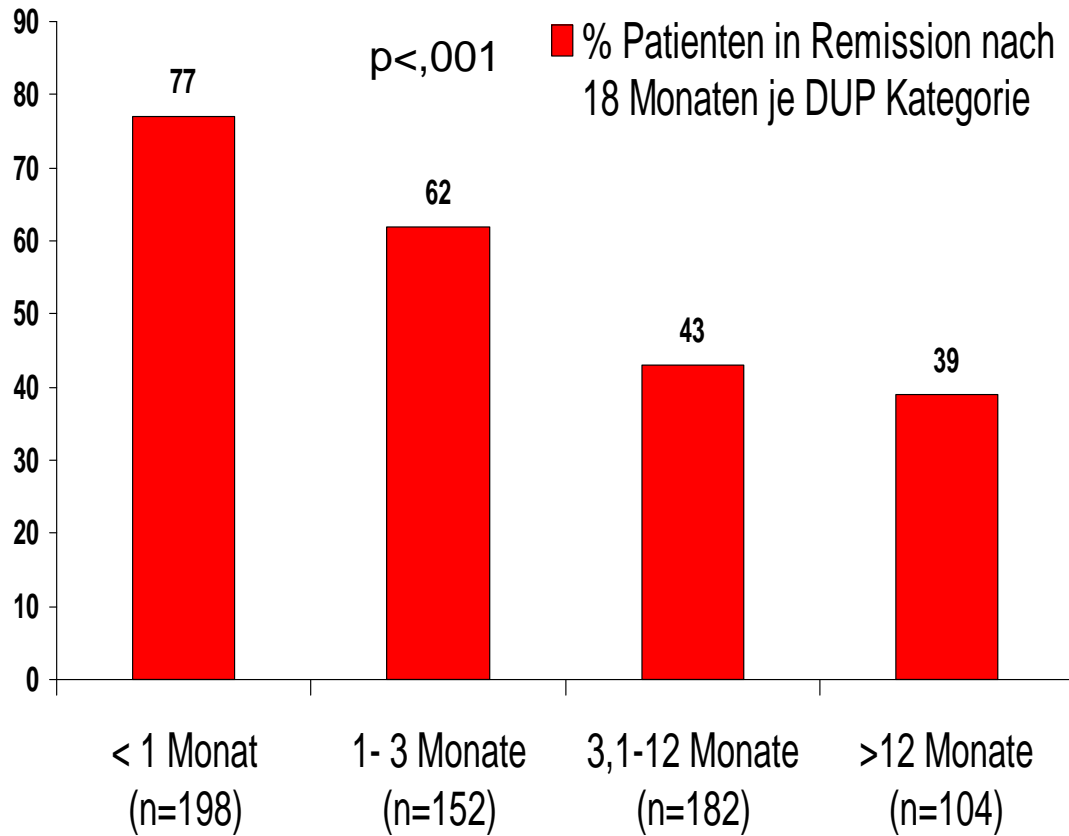
Bedeutung der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP)



DUP mit Verlauf assoziiert?

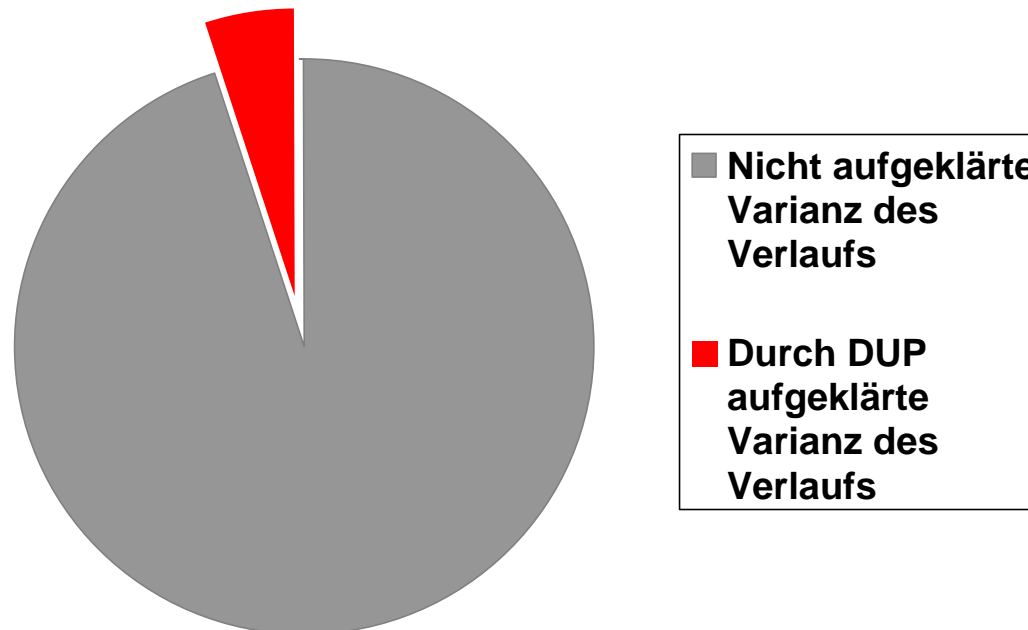


Sinkende Remissionsrate der Positivsymptomatik
mit zunehmender DUP



TEILWEISE JA ¹⁻⁴

DUP erklärt 3-6% Verlaufsvarianz ^{1,2}



¹ Harrigan et al. (2003) Psychol Med

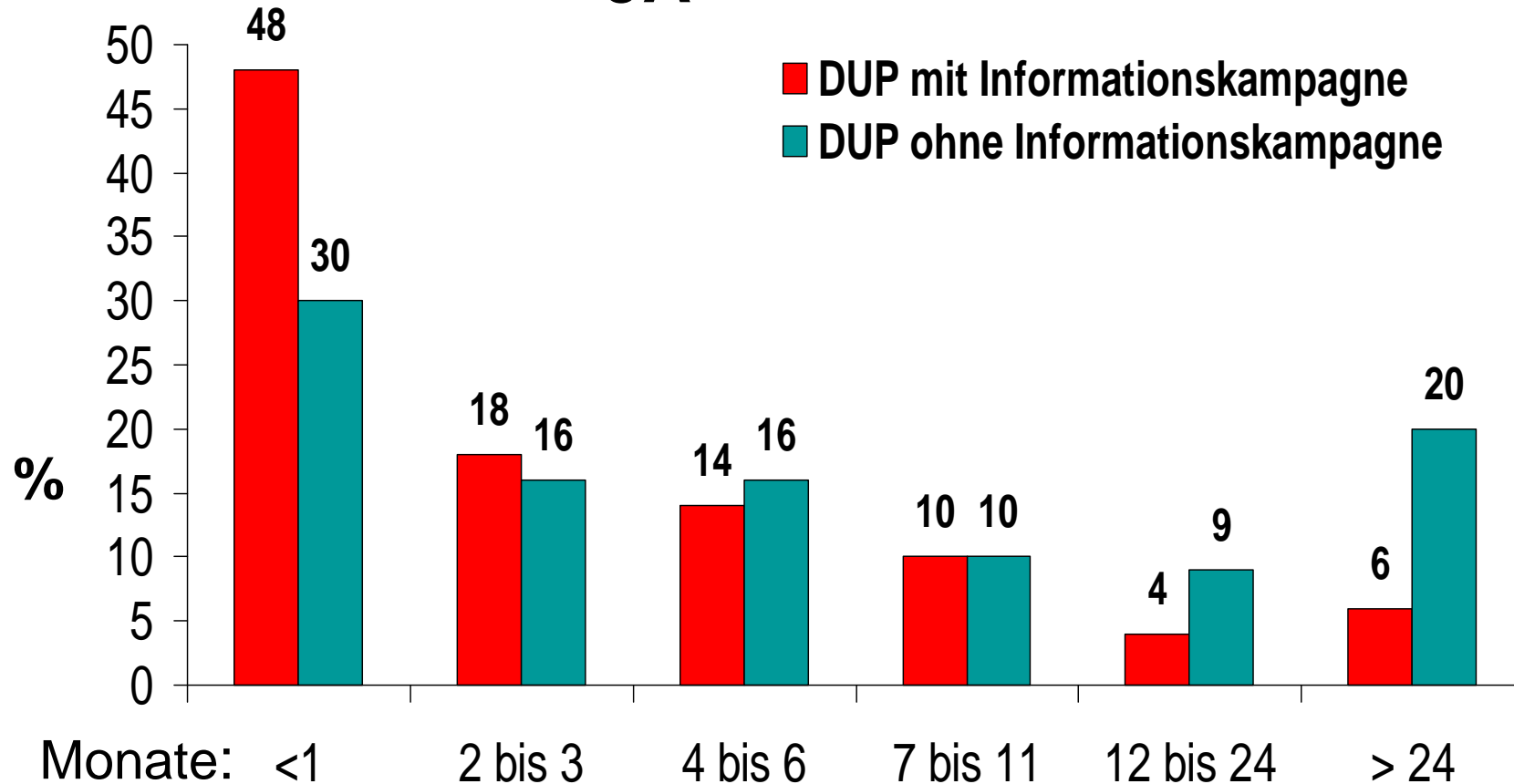
² Schimmelmann et al. (2008) J Psychiatr Res

³ Marshall et al. (2005) Arch Gen Psychiatry

⁴ Norman et al. (2007) Schizophr Res

Reduktion der DUP möglich? (mit Früherkennungsansätzen)

JA



VIELLEICHT

DUP Reduktion assoziiert mit...

- geringerer Rate an Suizidversuchen vor Behandlung ³
- weniger Symptomen (positiv/negativ) bei Behandlungsbeginn ¹
- weniger Negativsymptomatik nach 3 Monaten und 1 Jahr ^{1,2}

DUP Reduktion nicht assoziiert mit...

- Veränderungen in Lebensqualität, Funktionsniveau, Positivsymptomatik nach 1 Jahr ^{1,2,3}

¹ Melle et al. (2004) Arch Gen Psychiatry

² Larsen et al. (2006) Schizophr Bull

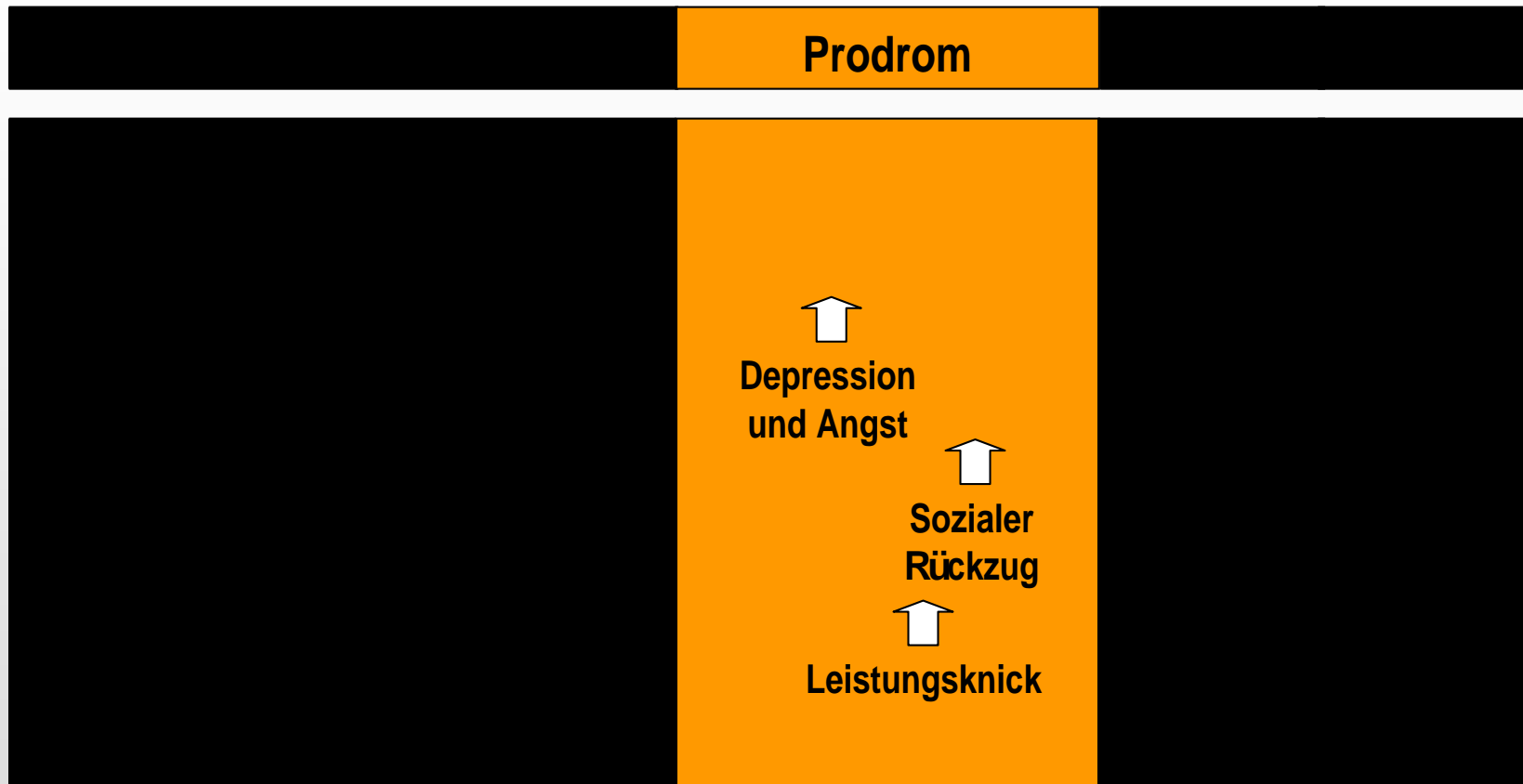
³ Melle et al. (2005) Acta Psychiatr Scand



- Ziel ‚Reduktion DUP‘ sinnvoll, aber nicht auf Kosten der langfristigen Behandlungsqualität psychotischer Patienten

Gründe für eine Behandlungsverzögerung aus Sicht der Mütter (N=52)

	n (%)
Patient lehnt Vorstellung/ Behandlung ab	20 (38,5)
Diagnostische Probleme des Allgemeinmediziners/ „Erstansprechpartners“	13 (25,0)
Warteliste vor Ersttermin	10 (19,2)
Allgemeinmediziner/Erstansprechpartner beachtet Elternaussagen nicht ausreichend	7 (13,5)
Kein Zugang zum Hilfesystem	2 (3,8)

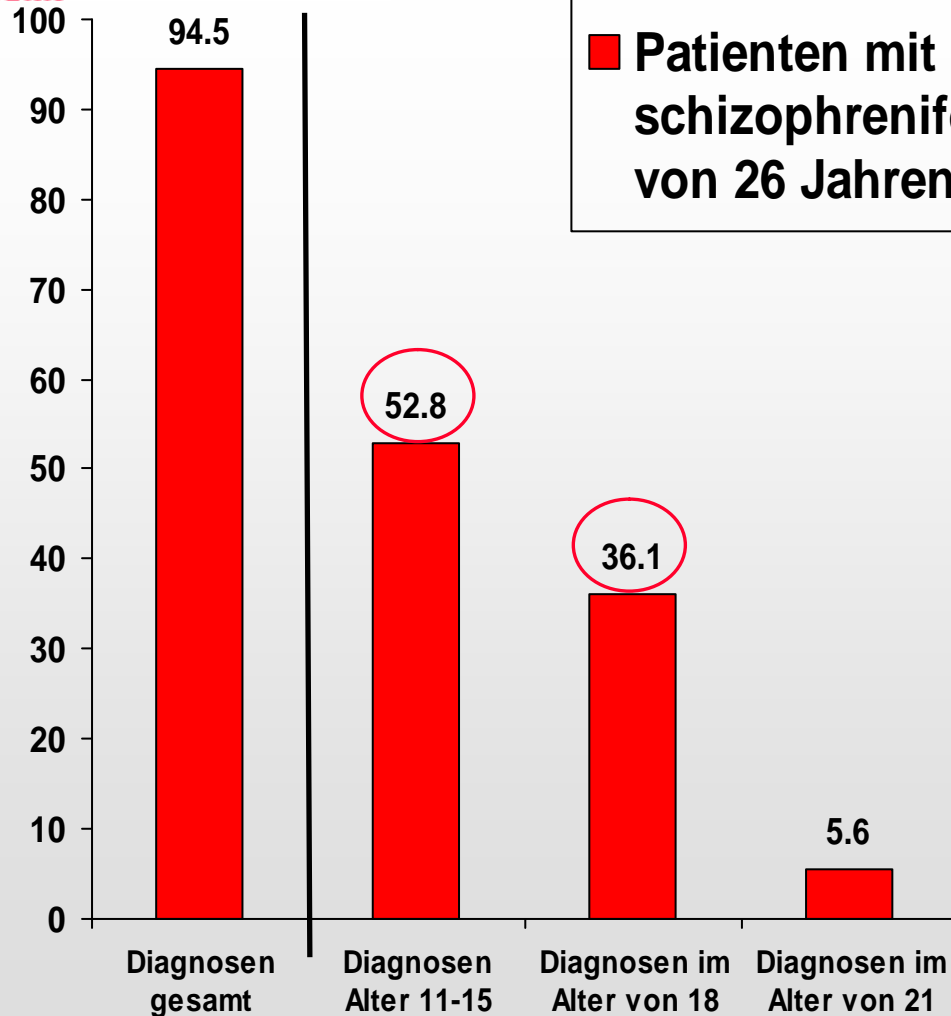


Oder:

Wie erkenne ich die Psychose,
bevor sie 'ausbricht'?

Diagnosen vor Psychose

^b
UNIVERSITÄT
BERN



Kim-Kohen et al. (2005), Archives of General Psychiatry

Diagnosen vor Psychose



Antecedent axis I diagnoses	Estimated risk of schizophrenia in diagnosis	Antecedent axis I diagnoses	Estimated risk of schizophrenia in diagnosis
Major depressive episode	1.7	Eating disorders	3.0
Panic disorder	1.5	Oppositional defiant disorder	2.0
Separation anxiety disorder	2.0	Conduct disorder	1.9
Social phobia	2.5	ADHD	4.4
Specific phobia	2.7	Inattentive	5.5
Generalized anxiety disorder	1.6	Hyperactive	5.5
Obsessive-compulsive disorder	2.5	Impulsive	7.3
Posttraumatic stress disorder	2.3	Primary nocturnal enuresis	3.2

Risikokriterien für die Entwicklung einer Psychose

- **BLIPS: Transiente psychotische Symptome über weniger als 7 Tage mit spontaner Remission:**
 - Halluzinationen (PANSS P3 \geq 4)
 - Wahn (PANSS P1, P5 oder P6 \geq 4)
 - Formale Denkstörungen (PANSS P2 \geq 4)

und/oder

- **APS: Mindestens ein attenuiertes psychotisches Symptom**
 - Beziehungsideen
 - Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
 - Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
 - Eigenartige Denk- und Sprechweise
 - Paranoide Ideen

und/oder

- **„Trait und state risk factors“:**
 - Unspezifische Symptome über mindestens 1 Monat (z.B. Angst, Depressivität)
 - Reduktion des Funktionsniveaus (GAF = 30 Punkte im letzten Jahr)
 - Schizotype Symptome
 - Erstgradiger Angehöriger mit einer psychotischen Störung



Mindestens eines (*COPER*):

- Gedankeninterferenz
- Zwangähnliches Perseverieren bestimmter Bewusstseinsinhalte
- Gedankendrängen, Gedankenjagen
- Gedankenblockierung
- Störung der rezeptiven Sprache
- Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen
- Eigenbeziehungstendenz ("Subjektzentrismus")
- Derealisation
- Optische Wahrnehmungsstörungen
- Akustische Wahrnehmungsstörungen

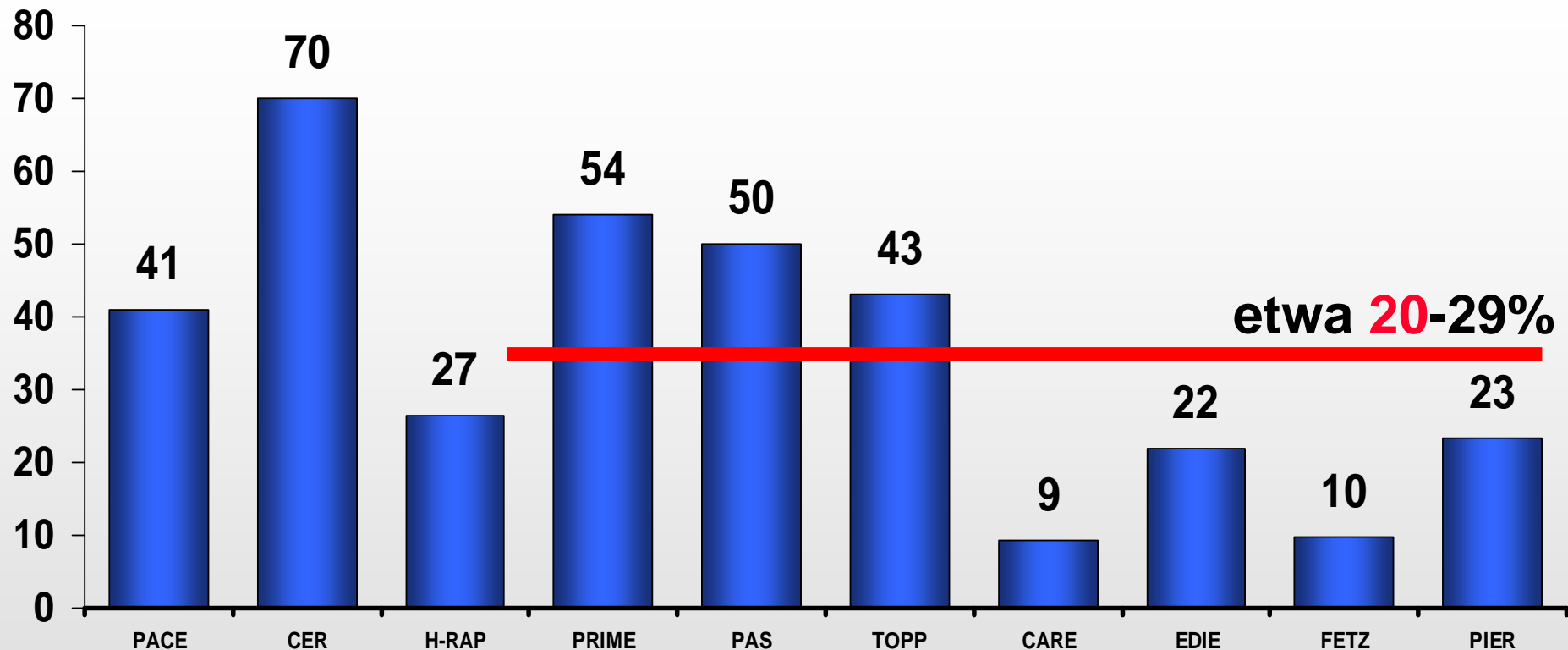
Mindestens zwei (*COGDIS*):

- **Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu spalten**
- Gedankeninterferenz
- Gedankendrängen, Gedankenjagen
- Gedankenblockierung
- Störung der rezeptiven Sprache
- **Störung der expressiven Sprache**
- Eigenbeziehungstendenz ("Subjektzentrismus")
- **Störung der Symbolerfassung**
- **Fesselung der Aufmerksamkeit durch Wahrnehmungsdetails**

Beginn vor mindestens 12 Monaten und mehrfaches Auftreten über mindestens eine Woche

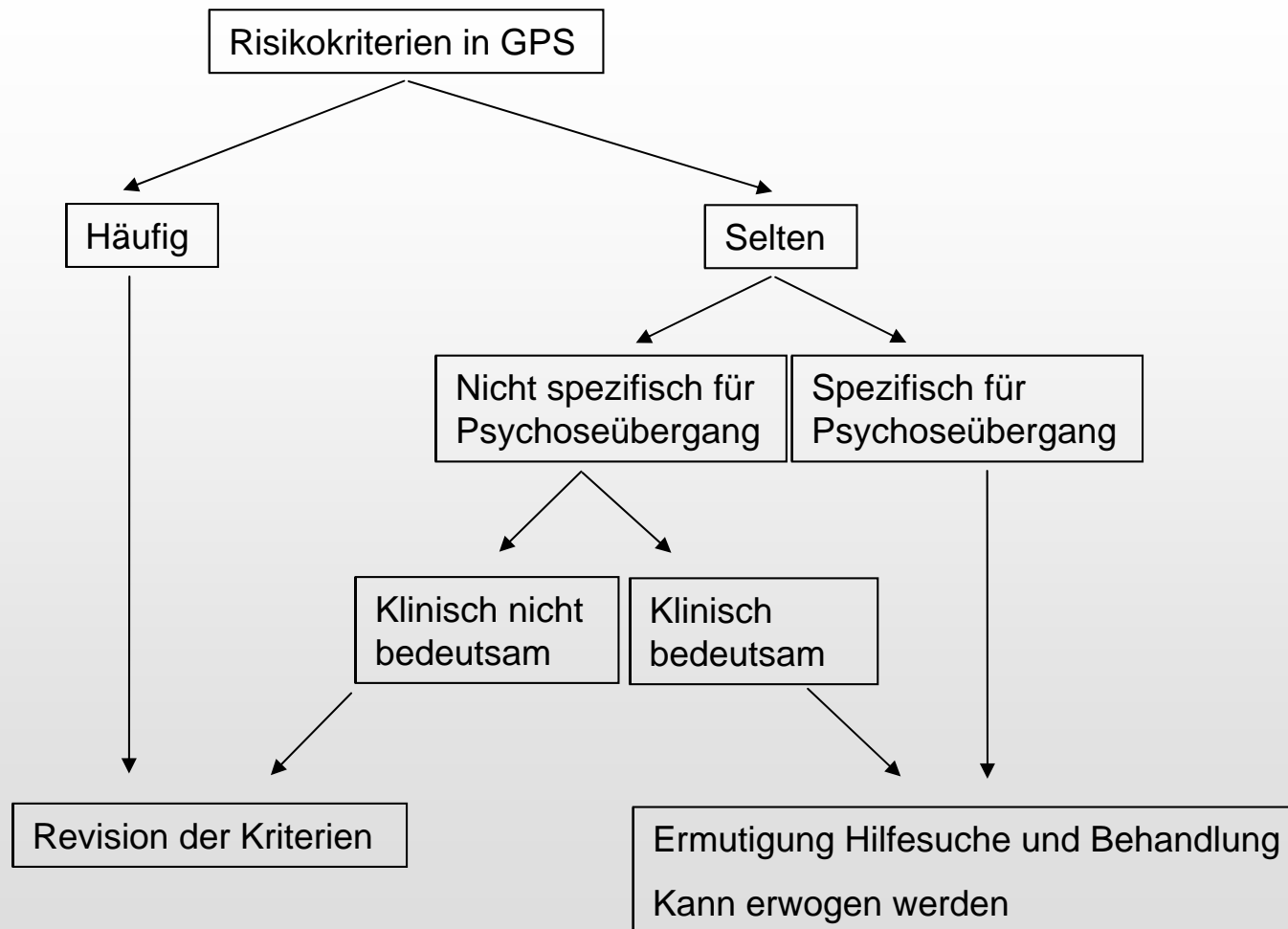
Übergangsraten von At-risk in manifeste Psychosen

^b
UNIVERSITÄT
BERN



PACE: Personal Assessment and Crises Evolution; CER: Cologne Early Recognition; H-RAP: Hillside-Recognition and Intervention Centre; PRIME: Prevention through Risk Identification Management and Education; PAS: Psychological Assistance Evaluation; TOPP: Early Treatment of Pre-Psychosis; CARE: Cognitive Assessment and Risk Evaluation; EDIE: Early Identification and Intervention Evaluation; FETZ: Early Recognition and Intervention Centre; PIER: Portland Early Identification and Referral.

Bedarf für epidemiologische Daten zu Risikokriterien



Wie valide sind die derzeitigen Risikokriterien
für Kinder und Jugendliche?

- ▶ psychometrische Kriterien von Basissymptomen in Erwachsenenstichproben recht robust erfüllt
 - ▶ nicht für Psychosen im Jugendalter replizierbar
 - ▶ Elternbefragung ggf. notwendig
 - ▶ Abgrenzung gegen Störungen des Kindes- und Jugendalters notwendig
- SPI-A in Kinder- und Jugendstichproben weniger geeignet, SPI-CY, sinnvoll.

Schizophrenia Proneness Instrument

Child and Youth version (SPI-CY)

Frauke Schultze-Lutter · Eginhard Koch



Im Vergleich zu Erwachsenen erwarten wir

- ❖ eine geringere Übergangsrate in eine manifeste Psychose im ersten Jahr mit Zunahme der Übergänge in den Jahren 2 und 3.
- ❖ abweichende Prädiktoren für den Übergang
- Kinder/Jugendliche vorsichtiger über Risiko aufklären!
- Kinder/Jugendliche länger im Verlauf beobachten!

Warum früh erkennen?



- ▶ Die Psychose erkennen, **bevor sie manifest wird**
 - ▶ Symptombedingte Verunsicherung beruhigen
 - ▶ AtRisk Symptomatik behandeln
 - ▶ Psychose-Inzidenz verringern
 - ▶ Psychose-Ausbruch verzögern oder im Schweregrad abschwächen
 - ▶ Verlauf durch frühzeitige Behandlung verbessern (bezogen auf Symptomatik und auf Psychoseverlauf)

- ▶ Bisläng keine evidenzbasierten Therapieverfahren
- ▶ Studien hauptsächlich zu kognitiv-behavioraler Therapie und Psychopharmakotherapie
- ▶ Ausblick: Spezielle Therapieansätze für diese Risikogruppe z.B. neuroprotektive Ansätze (Omega-3 Fettsäuren, Glycin)
- ▶ Stressreduktion, bzw. Problemlöseverfahren, ‚Co‘-Morbiditäten behandeln, aber angepasst an das erhöhte Risiko

u^b

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

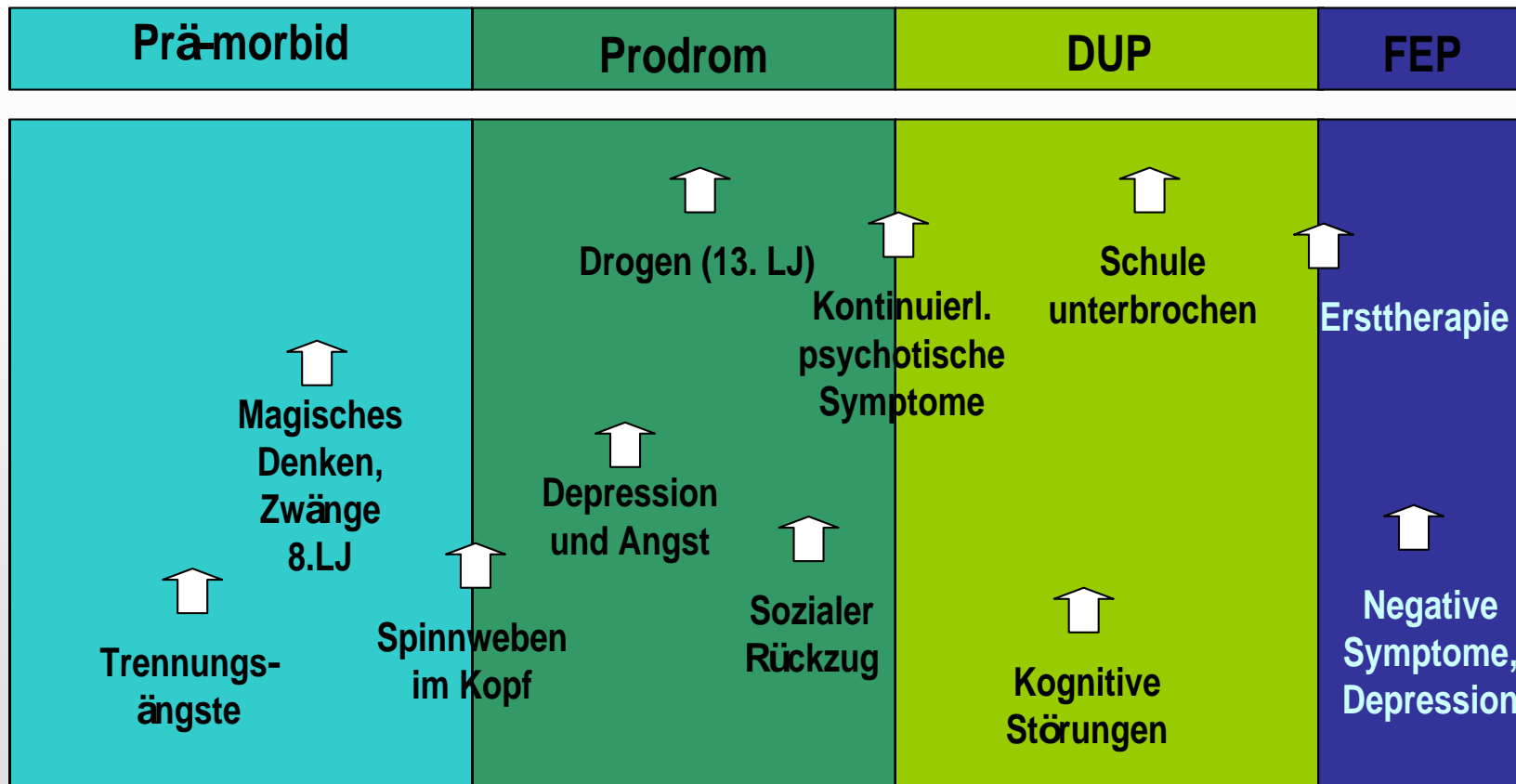


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

^b
UNIVERSITÄT
BERN



Verlauf



- ▶ Die Psychose erkennen, **sobald sie manifest geworden ist**
 - ▶ Früh erkennen und behandeln → besserer Verlauf?
 - ▶ Angst/Verunsicherung abbauen „was ist mit mir los?“
 - ▶ Sekundärfolgen der Erkrankung vermindern/verhindern, diese Folgen sind:
 - ▶ Schulentwicklung/Ausbildung ↓
 - ▶ Freundeskreis, Partnerschaft ↓
 - ▶ Elternverunsicherung/ -Ärger ↑