

I GRUNDLAGEN

1 Terminologie, Epidemiologie und Verlauf

Benno G. Schimmelmann und Franz Resch

1.1 Terminologie

Der Begriff »Psychose« ist international nicht eindeutig definiert (siehe auch Gabel & Zielasek 2009). Das im amerikanischen Sprachraum verwendete Diagnostische und Statistische Manual für psychiatrische Störungen (DSM) in seiner dritten Version (APA 1980) definiert »psychotisch« als grobe Beeinträchtigung in der Realitätstestung. Psychotische Menschen interpretieren Gedanken oder Wahrnehmungen anders als andere Menschen und machen inkorrekte Annahmen über die äußere Realität sogar dann, wenn es klare Hinweise auf das Nichtzutreffen dieser Annahmen gibt. Die vierte Version des DSM (DSM-IV-TR; APA 2000) beschreibt die unterschiedlichen Definitionen des Begriffs »Psychose« im internationalen Sprachgebrauch. Psychose im engeren Sinne werde verstanden als Vorhandensein von Halluzinationen oder Wahn, ohne dass der Patient diese Phänomene als pathologisch wahrnehmen könne (fehlende Einsichtsfähigkeit). Etwas weniger restriktiv sei die Definition, wenn auf die fehlende Einsichtsfähigkeit verzichtet werde. In einer noch weniger restriktiven Definition würden neben Halluzinationen und Wahn auch das Vorhandensein anderer positiver Symptome einer Schizophrenie einbezogen, nämlich desorganisierte Sprache oder Verhalten oder katatone Symptome. Wieder andere würden Psychose nicht nur als grobe Beeinträchtigung der Realitätstestung, sondern auch als Verlust von Ichgrenzen konzeptionalisieren. Beide Phä-

nomene, die Beeinträchtigung der Realitätstestung und der Verlust von Ichgrenzen, haben hohe klinische Relevanz und werden uns im Verlauf dieses Buches noch beschäftigen (siehe auch ►Kap.2). Um die Verwirrung zu komplettieren, sei hier erwähnt, dass der Begriff »psychotisch« im klinischen Alltag auch für andere bei der Schizophrenie auftretende Symptome, beispielsweise Negativ- und kognitive Symptome, verwendet wird.

In diesem Buch werden wir die Psychose-Definition des American Psychiatric Glossary (Shahrokh & Hales 2003, deutsche Übersetzung durch die Verfasser) verwenden.

Psychose ist »eine psychiatrische Erkrankung, die durch eine grobe Beeinträchtigung der Realitätstestung charakterisiert ist und sich typischerweise durch das Auftreten von Wahnsymptomen, Halluzinationen, desorganisierter Sprache oder desorganisiertem oder katatonem Verhalten manifestiert.«

Psychosen werden unterteilt in nicht-organische und organische psychotische Störungen nach den beiden gebräuchlichen diagnostischen Manualen, ICD-10 (WHO 1992) und DSM-IV-TR (APA 2000). Der Fokus des Buches liegt auf den nicht-organischen psychotischen Störungen, die klinisch wiederum unterteilt werden können in die nicht-affektiven Psychosen (Schizophrenie, schizophreniforme

Störung, schizoaffektive Störung, wahnhaftige Störung, kurze psychotische Störung, nicht näher bezeichnete Psychose) und die affektiven Psychosen (bipolare Störungen und Majore Depressionen mit psychoti-

schen Symptomen). Organische Psychosen, substanzinduzierte Psychosen, die schizotypische Störung sowie die induzierte wahnhaftige Störung (Folie à deux) werden in diesem Buch nur am Rande behandelt.

DSM-IV

Nicht-afektive psychotische Störungen

- Schizophrenie (295)
- Schizophreniforme Störung (295.4)
- Schizoaffektive Störung (295.7)
- Wahnhaftige Störung (297.1)
- Gemeinsame psychotische Störung (297.3)
- Kurze psychotische Störung (298.2)
- Psychotische Störung NNB (298.9)

Affektive psychotische Störungen

- Bipolare Störung mit psychotischen Merkmalen (296.04/44/54/64)
- Majore depressive Störung mit psychotischen Merkmalen (296.24/34)

Substanzinduzierte psychotische Störungen (293)

ICD-10

Nicht-afektive psychotische Störungen

- Schizophrenie (F20)
- Akute schizophreniforme psychotische Störung (F23.2)
- Schizoaffektive Störung (F25)
- Anhaltende wahnhaftige Störung (F22)
- Induzierte wahnhaftige Störung (F24)
- Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)
- Nicht näher bezeichnete psychotische Störung (F29)
- Schizotype Störung (F21)

Affektive psychotische Störungen

- Bipolare Störung mit psychotischen Symptomen (F31.2/F30.2)
- Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)

Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung (F1x.5x)

Auch der Begriff ›Schizophrenie‹ ist missverständlich. Er leitet sich aus dem altgriechischen σχίζειν (schizein) »abspalten« und φρήν (phrēn) »Zwerchfell, Seele« ab. »Gesplante Seele« lässt fälschlicherweise an eine dissoziative Störung, z. B. eine Multiple Persönlichkeitsstörung, denken. Mit einer gesplante Seele wird nicht selten die schottische Novelle des Dr. Jekyll und Mr. Hyde (Stevenson 1886) in Verbindung gebracht, in der es Dr. Jekyll gelingt, einen Trank zu brauen, der die Spaltung der Seele in Gut und Böse verursacht. Mr. Hyde

ist der böse Doppelgänger von Dr. Jekyll und begeht in dieser Geschichte einen Mord. Noch heute spielt die Missdeutung der Schizophrenie als Persönlichkeitsspaltung (üblicherweise in Gut und Böse) in der Vorstellung von Laien, aber auch Patienten und Angehörigen in der klinischen Praxis eine Rolle und verleiht der Erkrankung eine mysteriös-unheimliche und auch gefährliche Aura. Nicht nur der Begriff, sondern auch das Konzept der Schizophrenie wird angesichts der anstehenden Revisionen von DSM und ICD von einigen

Autoren kontrovers diskutiert. Nach Van Os (2010) suggeriert der Begriff Schizophrenie die Existenz einer kategorialen Erkrankung, einer Hirnerkrankung, deren Symptome wie etwa Stimmenhören oder Wahnsymptome bei ansonsten gesunden Menschen nicht vorkommen. Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen jedoch, dass psychotische Symptome mit einer Häufigkeit von etwa 3–8 % auch in der Allgemeinbevölkerung auftreten, also etwa 10–100 mal häufiger als psychotische Erkrankungen nach DSM (Van Os et al. 2009). Konzeptionell kann man sich eine psychotische Erkrankung also als den Bereich eines Kontinuums vorstellen, der mit Beeinträchtigung und Behandlungsbedürftigkeit einhergeht. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vor allem im nicht-stationären therapeutischen Bereich erleben wir dieses Kontinuum zwischen psychotischen Grenzphänomenen und manifester psychotischer Erkrankung in all seinen Facetten regelmäßig. Daher wird im ►Kap. 3 zum Thema Entwicklungspsychopathologie und im ►Kap. 7 Diagnostisches Vorgehen und Differentialdiagnostik noch eingehender darauf eingegangen.

Psychosen mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr werden im US-amerikanischen Sprachraum (AACAP 2001) als »Early Onset«-Psychosen (EOP) bezeichnet, Psychosen mit Beginn vor dem 13. Lebensjahr als »Very Early Onset«-Psychosen (VEOP).

Im Mai 2013 ist die neue Version des DSM erschienen (DSM-5; APA 2013).

Schultze-Lutter und Schimmelmann (in Druck) kommentieren die Neuerungen für psychotische Störungen und das Attenuated Psychosis Syndrome, das neu aufgenommen wurde. Die Neuerungen sind in Kürze: Es wird auf die klassischen Subtypen der Schizophrenie verzichtet. Stattdessen werden Schweregradbeschreibungen über acht Dimensionen vorgeschlagen (Halluzinationen, Wahn, desorganisierte Sprache, abnormes psychomotorisches Verhalten, Negativsymptome, kognitive Einschränkungen, Depression, Manie, Sektion II DSM-5). Zweitens wird auf den besonderen Stellenwert der Schneider'schen Erstrangsymptome (Ich-Störungen, bizarrer Wahn, kommentierende/dialogisierende Stimmen) verzichtet. Drittens werden wahnhaft Zwangsstörungen und körperdysmorphe Störungen ausschließlich unter den Zwangsstörungen kodiert (mit neuer Zusatzkodierung »mit fehlender Krankheitseinsicht/wahnhaft Überzeugungen«). Viertens ist für die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nun eine Episode einer affektiven Störung nötig. Fünftens wurde eine eigene Sektion »Katatonie« zur Beschreibung katatoner Symptome innerhalb verschiedener Krankheitsbilder eingeführt. Sechstens wurde ein »Attenuated Psychosis Syndrome« doppelt eingeführt, einmal vage umschrieben unter »andere spezifische Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen« im Haupttext und ein weiteres mal – klarer definiert – unter »Bedingungen mit weiterem Forschungsbedarf«.

1.2 Epidemiologie

1.2.1 Prävalenz und Inzidenz

Zuverlässige Zahlen zur Lebenszeitprävalenz und jährlichen Neuerkrankungsrate

(Inzidenz) von Psychosen sind nur mit großem Aufwand zu gewinnen. Die sichersten Schätzungen erhält man aus epidemiologischen Querschnitts- und Längsschnittunter-

suchungen. Die Qualität der Schätzung hängt dabei von der Güte der Diagnostik ab, und die Zahlen variieren selbstverständlich auch noch mit der Operationalisierung psychotischer Störungen (beispielsweise gemäß DSM-IV versus ICD-10). Die bislang umfassendste Studie zur Prävalenz psychotischer Störungen von Perälä et al. (2007) ergab Lebenszeitprävalenzen aller psychotischer Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 3,06–3,48 % und der Schizophrenie von 0,87–1 %. Die jeweils höheren Schätzungen ergaben sich, wenn neben den umfassenden diagnostischen Interviews auch die nationalen Erkrankungsregister herangezogen wurden, um Non-Responder, also Menschen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, mit zu berücksichtigen. In anderen Worten: Man muss damit rechnen, dass die Zahl psychotischer Störungen bei Menschen, die nicht freiwillig an Studien teilnehmen, höher ist als in der an Studien teilnehmenden Population und die Prävalenzschätzungen anderer Studien, die nicht über nationale Krankheitsregister verfügen, entsprechend zu konservativ (niedrig) ausfallen. Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie über einige der wesentlichen Studien hinweg variiert zwischen 0,12 und 1,6 % (Metaanalyse bei Saha et al. 2005); die Neuerkrankungsrate liegt im Median bei 15,5 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr und variiert zwischen 8 und 43 (10. und 90. Perzentile; McGrath et al. 2008). Bis heute ist nicht abschließend geklärt, ob sich die Neuerkrankungsrate der Schizophrenie regional unterscheidet oder über die Zeit verändert hat (Stilo & Murray 2010); einige Studien sprechen für regionale Unterschiede mit einer höheren Neuerkrankungsrate in Städten (versus ländliche Regionen; McGrath et al. 2008, nicht so gefunden in der Metaanalyse von Saha et al. 2005) und bei Menschen mit Migrationshintergrund (Cantor-Graae & Selten 2005, bestätigt von Saha et al. 2005). Diese regionalen Unterschiede könnten ge-

gebenfalls die große Varianz der Inzidenz erklären. Die Frage, warum höhere Neuerkrankungsraten in Städten und bei Menschen mit Migrationshintergrund gefunden werden, ist nicht eindeutig geklärt (Stilo & Murray 2010). Aktuell spricht wenig für die Hypothese, dass Menschen mit Psychosen oder deren Prodrom in urbanere Regionen ziehen, sondern einiges für die Hypothese, dass hinter beiden Beobachtungen (Urbanität und Migration) ein geringerer sozialer Zusammenhalt als Umweltursache psychotischer Störungen denkbar ist (Kirkbride et al. 2008). Denkbar ist weiterhin, dass beide Beobachtungen Epiphänomene von genetischen Ursachen sind (Crow 2011).

1.2.2 Geschlecht und Alter bei Erkrankungsbeginn

Laut älteren Schätzungen beginnen etwa 4–15 % aller Schizophrenien vor dem 18. Lebensjahr (Häfner et al. 1995; Cannon et al. 1999), für Psychosen insgesamt gibt es keine zuverlässigen Zahlen. Nach Schätzungen von Kirkbride et al. (2006) werden Psychosen in etwa 30 % (Frauen) bis 40 % (Männer) aller Fälle vor dem abgeschlossenen 19. Lebensjahr diagnostiziert. Da die Dauer der unbehandelten Psychose mit 9 Wochen (Median) relativ kurz war, kann aus dieser Rate nicht gefolgert werden, dass die überwiegende Zahl dieser 30–40 % vor dem 18. Lebensjahr psychotisch erkrankte. Psychosen vor dem 12. Lebensjahr sind selten. Die jüngsten beschriebenen Fälle sind 3 Jahre (Russel et al. 1989) und 5,7 Jahre alt (Green et al. 1986). Jedoch sollte die Diagnose einer Psychose vor dem 6. Lebensjahr mit Vorsicht gestellt werden (McClellan & Werry 1994).

Die gängige Lehrmeinung ist, dass Männer häufiger und früher an Schizophrenie erkranken als Frauen. Für psychotische Störungen insgesamt gab es keine Lehrmeinung. Eine Metaanalyse von McGrath

et al. (2008) bestätigt die höhere Prävalenz einer Schizophrenie bei Männern gegenüber Frauen im Verhältnis 1,4 zu 1. In der großen finnischen epidemiologischen Studie von Perälä et al. (2007) dagegen finden sich weder Prävalenzunterschiede hinsichtlich psychotischer Störungen als Gesamtgruppe noch hinsichtlich der Schizophrenie für sich genommen. Allerdings hatten Frauen häufiger schizoaffektive Psychosen und Männer häufiger substanzinduzierte Psychosen (vor allem alkoholinduzierte Psychosen). Admixture-Analysen zur Bildung von Klassen gemäß Behandlungsbeginn (nicht Erkrankungsbeginn!) und Geschlecht ergaben drei Typen, nämlich früh beginnende (14–41 Jahre), spät beginnende (42–64 Jahre) und sehr spät beginnende Psychosen (65–94 Jahre). Interessanterweise waren Männer und Frauen bei den früh beginnenden gleich häufig und drifteten erst bei den späten und sehr spät beginnenden Klassen in Richtung eines größeren Frauenanteils (Köhler et al. 2011). Es gibt Hinweise darauf, dass Schizophrenien (nicht allgemein Psychosen) bei Männern früher beginnen als bei Frauen (Joukamaa et al. 2001) und eher durch »Defizit«-Merkmale charakterisiert sind (Negativsymptomatik, Einbußen im Funktionsniveau; Roy et al. 2001).

Für die Planung von Ersterkrankenprojekten sind weniger die epidemiologischen Zahlen und die Geschlechterverteilung wichtig als vielmehr die Anzahl hilfesuchender psychotischer Patienten in einem möglichst repräsentativ arbeitenden Ersterkrankenprogramm. Das Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC) in Melbourne, Australien ist hier ein

gutes Beispiel, wobei jedoch beachtet werden muss, dass die Zahlen aus einem Zentrum stammen, in dem bereits viele Jahre Früherkennungsarbeit betrieben wurde und in dessen Sektor eher viele Menschen mit Suchterkrankungen und niedrigem sozio-ökonomischem Status sowie Migrationshintergrund leben. Die jährlichen Neuerkrankungsraten sind also im Vergleich zu ländlicheren, sozio-ökonomisch günstigeren Sektoren eher hoch geschätzt. In der weitestgehend repräsentativen First Episode Psychosis Outcome Study im EPPIC (Henry et al. 2007) erkrankten 16,7 Männer im Alter zwischen 15 und 29 Jahren pro 10.000 Einwohner und Jahr dieser Altersgruppe und 8,1 Frauen. Damit erkrankten doppelt so viele Männer als Frauen dieser Altersgruppe neu an einer Psychose (Amminger et al. 2006). Jedoch gab es keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Erkrankungs- oder Behandlungsbeginns (Cotton et al. 2009; Schimmelmann et al. 2007). 18,6 % der FEPOS-Kohorte ($N=636$) waren früh beginnende Psychosen (Beginn der kontinuierlichen Positivsymptomatik zwischen 8,2 und 17,9 Jahren; Schimmelmann et al. 2007). Im EPPIC stellten sich 19,0 Männer im Alter zwischen 15 und 19 Jahren und 10,6 Frauen pro 10.000 Einwohner (dieser Alters- und Geschlechtsgruppe) und Jahr zur Behandlung vor (Amminger et al. 2006). Diese Zahlen sind für die Aufwandschätzung für den kinder- und jugendpsychiatrischen Anteil eines kooperativen Ersterkrankenprojekts interessant, sind aber zu hoch für Zentren, die in psychosozial günstigeren Regionen oder Regionen ohne Früherkennung geplant werden.

Die *Lebenszeitprävalenz* von Psychosen liegt bei höchstens 3,4 %, die der Schizophrenie bei knapp 1 %; die *Inzidenz* der Schizophrenie liegt im Median bei gut 15,5 pro 100.000 Einwohner, schwankt aber erheblich. Männer sind leicht häufiger betroffen als Frauen im Verhältnis 1,4 zu 1. Männer erkranken häufiger und früher an einer Defizitform der Schizophrenie, Frauen erkranken häufiger nach dem 40. Lebensjahr. Etwa 4–15 % aller Schizophrenien beginnen vor dem 18. Lebensjahr. Für psychotische Störungen insgesamt gibt

es Zahlen aus Ersterkranktenprojekten: Bis zu 18 % aller Ersterkrankungen vor dem 29. Lebensjahr manifestieren sich bereits vor dem 18. Lebensjahr (*Early Onset Psychosis*) mit Inzidenzen der 15–19-Jährigen bis zu 19/10.000 und Jahr bei Männern und 10,6/10.000 und Jahr bei Frauen. Schizophrenien vor dem 14. Lebensjahr (*Very Early Onset Psychosis*) sind selten; die jüngsten Fallberichte schildern knapp 4-jährige und 6-jährige Einzelfälle. Die Häufung psychotischer Erkrankungen in *Städten* und bei *Migranten* ist wahrscheinlich, hängt möglicherweise mit sozialer Isolation zusammen. Der Zusammenhang bleibt aber umstritten.

1.3 Verlauf

1.3.1 Prodrom und Dauer der unbehandelten Psychose

Psychosen im Erwachsenenalter beginnen in etwa 87 % mit einem Prodrom mit spezifischen Risikosymptomen mit/ohne unspezifische Phänomene wie sozialem Rückzug, Leistungsknick oder ängstlich-depressiven Symptomen (Schultze-Lutter et al. 2010). Bezogen auf Kinder und Jugendliche ist es unklar, wie viel Prozent der Patienten vor Beginn einer Psychose ein Prodrom mit den derzeit gültigen spezifischen Risikokriterien aufweisen (►Kap. 10). Auf das Prodrom folgt der Beginn der mehr oder weniger kontinuierlichen psychotischen Symptomatik, die eine Diagnose aus dem Formenkreis der affektiven oder nicht-affektiven Psychosen (nach ICD-10 oder DSM-IV) erlaubt. Häufig begeben sich Patienten mit kontinuierlicher psychotischer Symptomatik aber nicht sofort in Behandlung. Diese Phase zwischen dem Beginn der psychotischen Symptomatik und dem Beginn einer adäquaten Behandlung wird Dauer der unbehandelten Psychose genannt (DUP). Die mittlere DUP (Median) beträgt nach einer Metaanalyse von Cascio et al. (2012) etwa 60–64 Wochen, also etwa 13–14 Monate. Jedoch ist die DUP je nach Versorgungsstruktur sehr unterschiedlich. Insbesondere lässt sich die DUP mit Auf-

klärungskampagnen bei potentiellen Zuweisenden und der Allgemeinbevölkerung deutlich reduzieren. Die Bandbreite der DUP ist sehr groß, von wenigen Tagen bis zu mehr als einer Dekade. Die Früherkennung im Prodrom oder die Verkürzung der DUP sind die entscheidenden Anliegen der Früherkennung von Psychosen (►Kap. 4).

1.3.2 Prämorbidem Funktionsniveau

Vor Beginn eines Prodroms definiert man außerdem eine prämorbid Phase, die leider auch gelegentlich mit der Phase vor Beginn der psychotischen Symptomatik (also dem Prodrom) gleichgesetzt wird: Im Folgenden ist damit jedoch das prämorbid Funktionsniveau gemeint und beschreibt die Geselligkeit/sozialen Rückzug, Beziehungen zu Gleichaltrigen, schulische Leistungen, Anpassung in der Schule und andere Angaben zur psychosozialen Anpassung in der Kindheit sowie in der frühen und späten Adoleszenz vor Beginn eines spezifischen Prodroms, wenn sich dieses abgrenzen lässt. Das prämorbid Funktionsniveau ist ein wichtiger Prädiktor für den Verlauf der Erkrankung und dient häufig der klinischen Einschätzung des Potentials eines Patienten,

welches psychosoziale Funktionsniveau er bei Genesung im optimalen Falle erreichen kann. Der »gold standard« für die Messung des prämorbid Funktionsniveaus ist die Premorbid Adjustment Scale (Cannon-Spoor et al. 1982). Darüber hinaus finden sich jedoch nicht selten bereits in dieser Phase psychische Störungen, wie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Verhaltensstörungen, Angststörungen. Aber auch Autismus-Spektrum-Störungen kommen vor und können anamnestisch in dieser Phase am besten beurteilt werden. Die sorgfältige Anamnese hat differentialdiagnostisch höchste Bedeutung, da ansonsten psychotische (Begleit-)Symptome von diesen bereits prämorbid vorhandenen

Störungen schwer zu unterscheiden sind. Dies trifft beispielsweise auf die Unterscheidung von ADHS- und psychosebedingten Konzentrationsstörungen zu, ebenso auf Kontaktarmut und sozialen Rückzug, die Zeichen von psychotischer Negativsymptomatik, aber auch einer vorbestehenden Autismus-Spektrum-Störung sein können. Nach Studienlage ist das prämorbid Funktionsniveau bei Patienten mit frühem Psychosebeginn (*early onset*) schlechter als bei Psychosen, die im jungen oder späteren Erwachsenenalter beginnen (*adult onset*). Der Unterschied hat jedoch eine kleine Effektstärke und seine Relevanz ist fraglich (Ballageer et al. 2005; Schimmelmann et al. 2007).

Die Bedeutung des prämorbid Funktionsniveaus, des Prodroms und der DUP für die Praxis

Prämorbid Funktionsniveau

- Wichtiger Prädiktor für den Verlauf und die Abschätzung des Potentials des Patienten
- Wichtig für Differentialdiagnose von vorbestehenden komorbiden Störungen (z. B. ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen)
- Fremdanamnese zum prämorbid Funktionsniveau mit Eltern wichtig, da an dieses häufig Erwartungen der Eltern geknüpft sind und gleichzeitig Schuldgefühle identifiziert werden können, die Eltern wg. vermeintlicher »Erziehungsfehler« in der prämorbid Phase haben können, die sie wiederum als ursächlich für die Psychose ansehen

Prodromalstadium

- Unspezifische »Prodromalsymptome« (sozialer Rückzug, Leistungsknick, unspezifische affektive Symptome) können auch bei vielen anderen Störungen in der Adoleszenz vorkommen
- Spezifische Risikosymptome verursachen Leid und sollten abgeklärt und behandelt werden, unabhängig davon, ob diese in eine Psychose übergehen oder nicht
- Bei psychotischen Patienten lohnt sich die retrospektive Klärung von spezifischen und unspezifischen Prodromalsymptomen per se und insbesondere zur interaktiven Psychoedukation über individuelle Warnzeichen eines Rückfalls, die sich mit erneut auftretenden Risikosymptomen manifestieren können

Dauer der unbehandelten Psychose (DUP)

- Auch floride psychotische Symptome werden häufig nicht berichtet, nicht erfragt oder nicht beachtet. Sie führen zu einer längeren Dauer der unbehandelten Psychose, insbesondere bei Jugendlichen

- Innerhalb einer langfristigen Psychotherapie wird häufig vergessen, die psychoserelevante Psychopathologie wiederholt (!) zu erfragen. Dies sollte man vor allem bei Sucht-, Angst und Zwangsstörungen und Depressionen beachten.

1.3.3 Verlauf psychotischer Störungen

Prinzipiell können psychotische Störungen einmalig auftreten, in mehrfachen Episoden oder einen chronischen, kontinuierlichen Verlauf nehmen. In letzterem Fall verschwinden die psychotischen Symptome nie vollständig. Früher hat man für den langfristigen Verlauf angenommen, dass etwa ein Drittel einmalig eine psychotische Episode zeigen, ein Drittel mehrfache Episoden und ein Drittel etwa einen chronischen Verlauf. Will man genauere Daten über den Langzeitverlauf (ab 5 Jahren Beobachtungszeitraum) finden, stößt man auf erhebliche Probleme. Einerseits sind diese Studien weiterhin selten; andererseits ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt, so dass eine systematische Übersicht (Metaanalyse) zum Langzeitverlauf bislang nicht möglich ist.

Zu den Vergleichbarkeitsproblemen (siehe auch Lambert et al. 2010) zählen:

1. die *Heterogenität der Stichproben*: Die diagnostische Zusammensetzung schwankt erheblich. Werden beispielsweise nur Patienten mit Schizophrenie nach DSM-IV Kriterien nachuntersucht, stellt sich der Langzeitverlauf deutlich schlechter dar, als wenn alte, weniger strikte Diagnosekriterien verwendet werden oder wenn alle psychotischen Störungen mitberücksichtigt werden. Häufig werden Inanspruchnahme-Populationen von stationären Einrichtungen nachuntersucht, in denen ambulante und potentiell weniger kranke Patienten nicht enthalten sind;

2. die *Rate der nachuntersuchten Patienten*: Häufig werden nur etwa 50 % der ursprünglichen Stichprobe nachuntersucht. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese »lost to follow-up«-Rate die Aussagen zum Verlauf systematisch beeinflusst. Es ist allerdings nicht klar zu sagen, in welche Richtung dieser Einfluss wirkt. Einerseits könnten weniger Kranke den Kontakt zu Institutionen abgebrochen und daher wenig Interesse an Nachuntersuchungen haben, andererseits können die schwerer Erkrankten eine Teilnahme an Nachuntersuchungen verweigern;
3. letzteres wird auch als *»informed consent«-Bias* bezeichnet: Es ist bekannt, dass Patienten, die einer Studienteilnahme nicht zustimmen, eher kränker sind als solche, die sich an Studien beteiligen (Friis et al. 2003; Menezes et al. 2006);
4. die *Auswahl der Verlaufskriterien*: Dies ist ein entscheidendes Problem. Erst in 2005 hat die Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG, Andreasen et al. 2005) Remissionskriterien vorgelegt, in denen symptomatische Remission als Vorhandensein von höchstens milden positiven und negativen Symptomen definiert ist (siehe unten ►Kap.2). Kriterien für ein ausreichendes psychosoziales Funktionsniveau oder Lebensqualität sind jedoch mangels ausreichender Datenlage noch nicht definiert.

Entsprechend kann die alte Drittelregel zum Verlauf abschließend weder verifiziert noch falsifiziert werden. Folgende Aussagen können nach heutiger Datenlage jedoch getroffen werden (siehe auch Harrow & Jobe 2005):