



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Vorlesung, Seminar,
PoL, UaK (G2, G3)



Diagnostik und Therapie schizophrener Störungen (ICD-10: F2)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Vorlesung, Seminar, PoL, UaK (G2, G3)



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

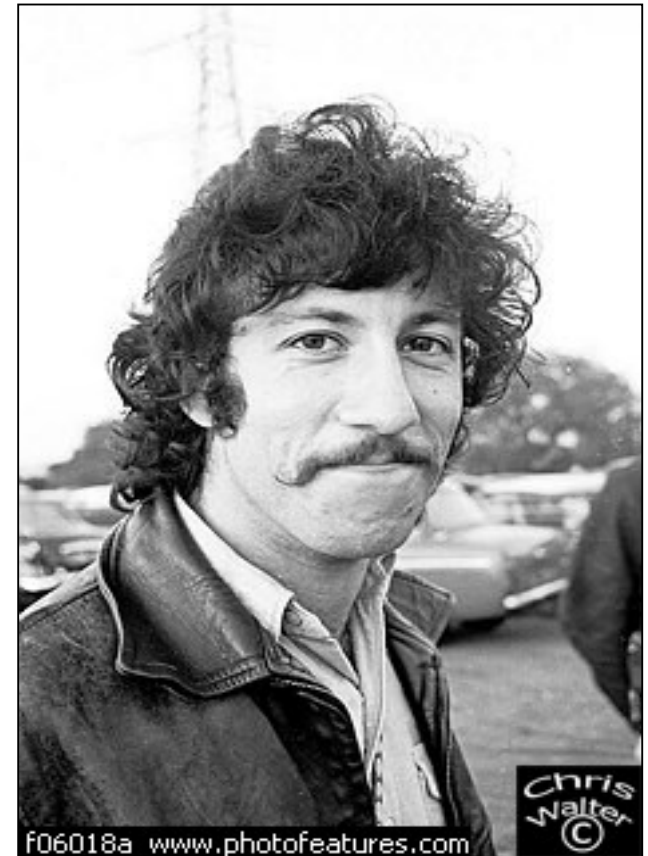
Schizophrenie - Betroffene



Peter Green
Musiker
Fleetwood Mac



John Nash
Mathematiker
Nobelpreisträger



Syd Barret
Musiker
Pink Floyd



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schizophrenie - Betroffene



Brian Wilson
Musiker
The Beach Boys



Tom Harrell
Musiker



- Übersicht zum Krankheitsbild
- Grundlagenwissen
 - Epidemiologie
 - Diagnostik: u.a. Symptomatik, Komorbidität
 - Diagnostische Kriterien nach ICD-10
 - Differentialdiagnostik (psychisch und somatisch)
 - Ursachen und Risikofaktoren
 - Vulnerabilitäts-Stress-Modell
 - Dopamin-Hypothese
- Therapie
 - Prävention / Früherkennung
 - Pharmakotherapie
 - Psychosoziale Therapie
- Verlauf und Prognose



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

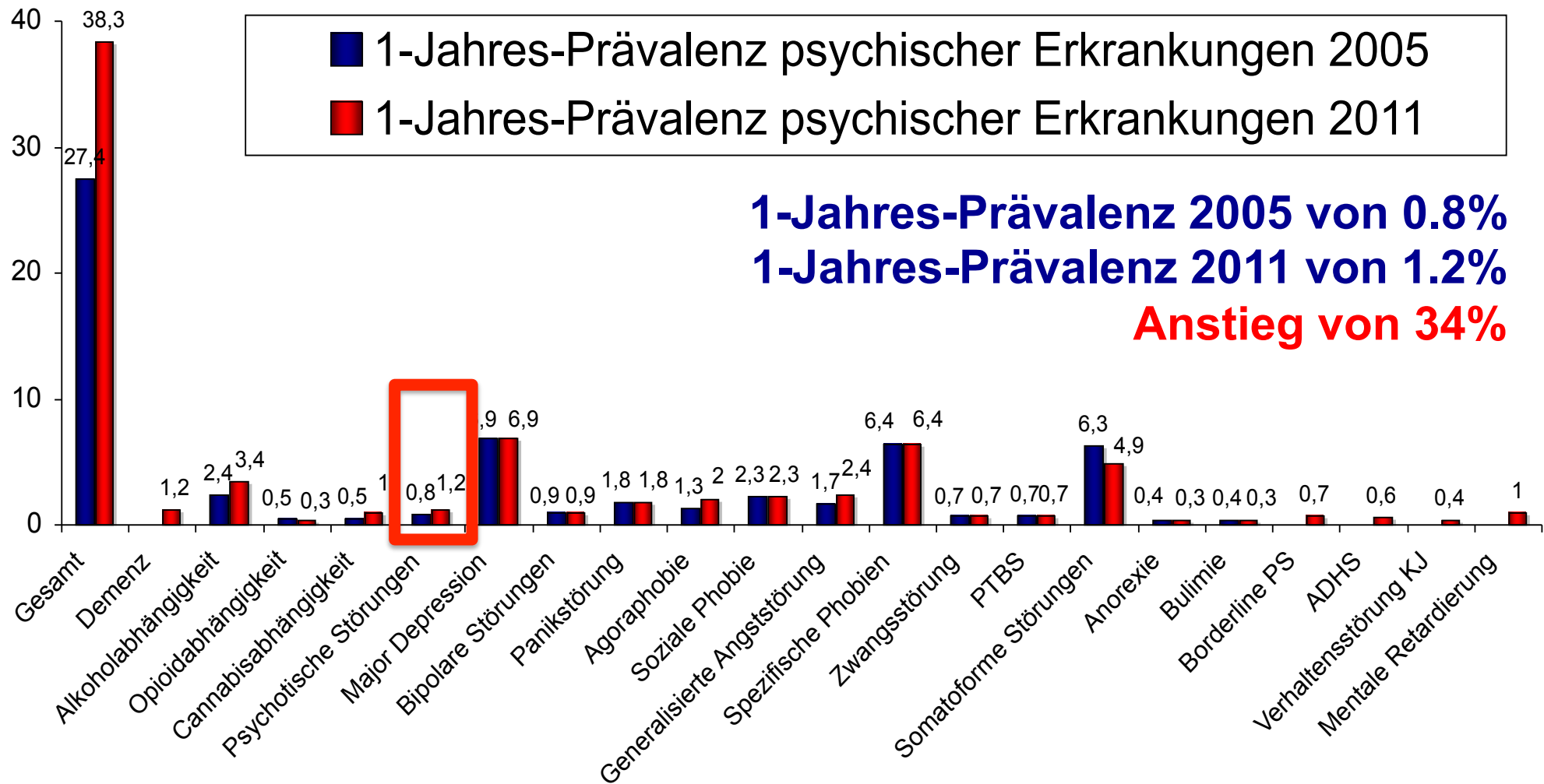
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Übersicht zum Krankheitsbild

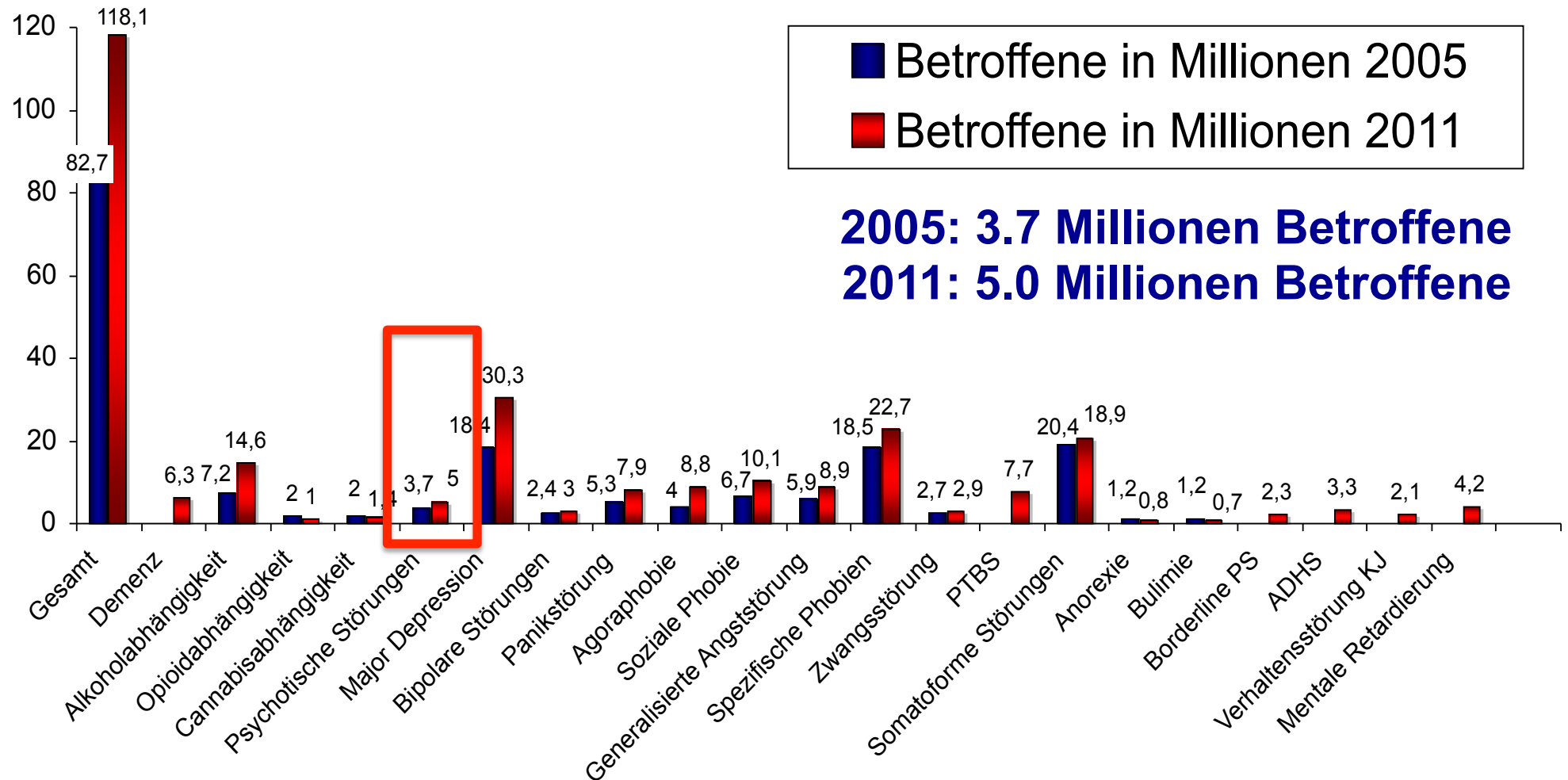


1-Jahres-Prävalenz psychotischer Störungen in Europa (2005 / 2011)



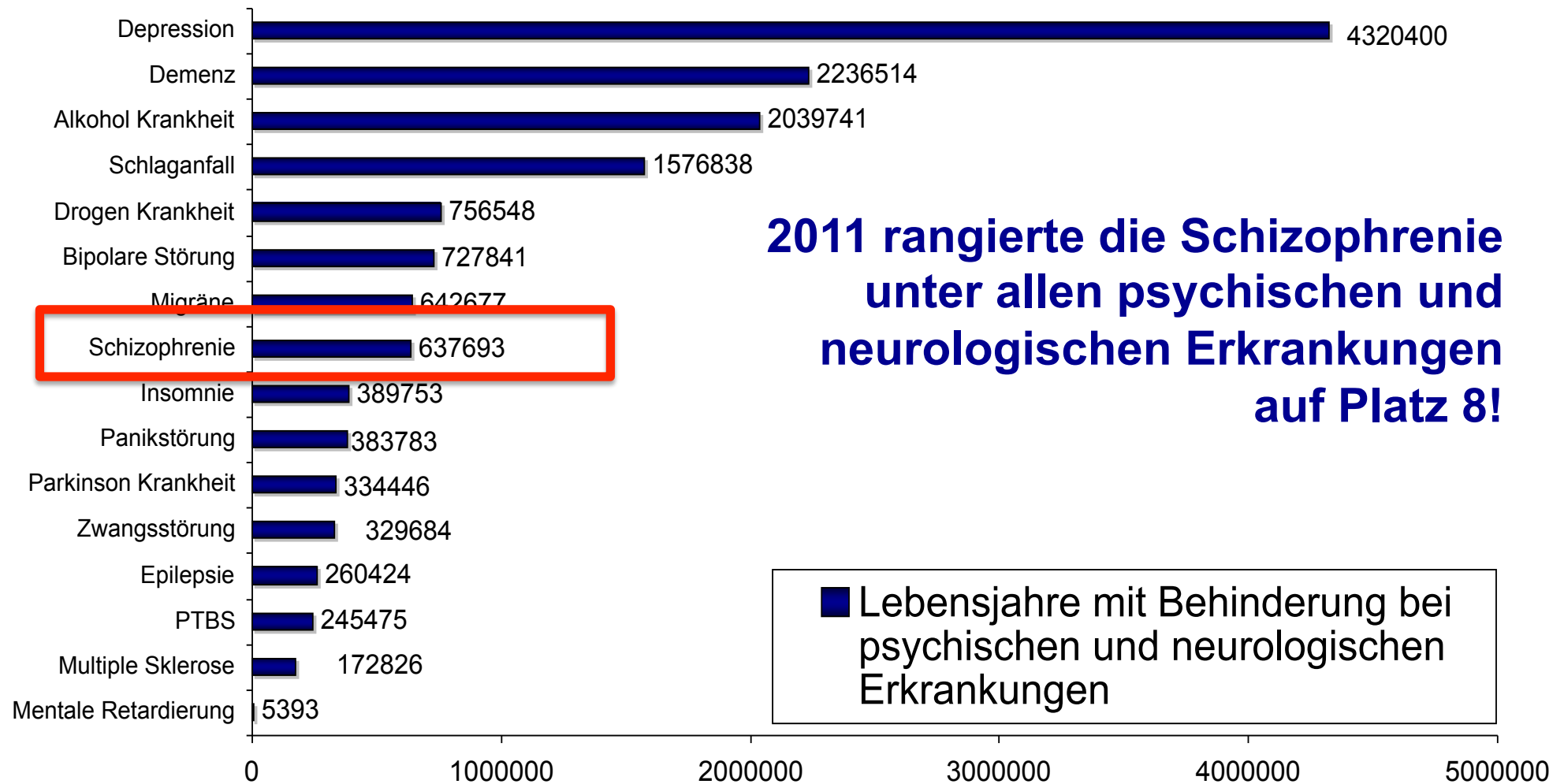


Betroffene mit psychotischer Störungen in Europa (2005 / 2011)





Erkrankungen mit den meisten Lebensjahren mit Behinderung in Europa 2011





Übersicht zum Krankheitsbild

Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	4.0 pro 1000 Personen (Median)
1-Jahres Prävalenz	3.3 pro 1000 Personen (Median)
Geschlechtsverhältnis	1.4 : 1 (männlich zu weiblich)
Erkrankungsalter	Peak zwischen den 12-25. Lebensjahr
Wichtige Komorbiditäten	Suchterkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none">▪ Deutschland: DGPPN 2005 ¹▪ Großbritannien: NICE 2009 ²▪ USA: PORT 2009 ³, APA 2004 ⁴▪ Australien: RANZCP 2005 ⁵

Quellenangaben:

- 1) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) S3 – Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf Verlag Darmstadt 2005.
- 2) National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update), National Clinical Practice Guideline Number 82. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.
- 3) Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, Himelhoch S, Fang B, Peterson E, Aquino PR, Keller W; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 2010; 36: 71-93.
- 4) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (second edition). In: American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Compendium, APA 2004, Arlington, Virginia, 249-440.
- 5) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 1-30.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Epidemiologie



Epidemiologie	Wissen
Inzidenz	15.2 pro 100.000 Personen-Jahre (Varianz 7.7-43.0) ¹
1-Jahres Prävalenz	3.3 pro 1000 Personen (median) ¹
Lebenszeitprävalenz	4.0 pro 1000 Personen (median) ¹
Lebenszeitmorbidityrisiko	7.2 pro 1000 Personen (median) ¹
Geschlechtsverhältnis	1.4 : 1 (männlich zu weiblich) ¹
Erkrankungsalter	Peak zwischen den 12-25. Lebensjahr ²
Diagnostische Verteilung innerhalb der Schizophrenie-Spektrumsstörungen (ICD-10: F2) ³	<ul style="list-style-type: none">▪ Schizophrenie (50%)▪ Schizoaffective Störung (10%)▪ Schizophreniforme Störung (20%)▪ Wahnhafte Störung (5%)▪ Andere (15%)
Quellenangaben:	
<p>1) Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med; 2005; 2(5): e141.</p> <p>2) Amminger GP, Harris MG, Conus P, Lambert M, Elkins KS, Yuen HP, McGorry PD. Treated incidence of first-episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. Acta Psychiatr Scand 2006; 14: 337-345.</p> <p>3) Lambert M, Fleischacker WW, Naber D. Psychopharmakotherapie der Schizophrenie. In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg), 7. Auflage: Therapie psychischer Erkrankungen <i>State of the Art</i>. Urban & Fischer 2012.</p>	



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Diagnostik: u.a. Symptomatik, Komorbidität



Symptome der Schizophrenie¹

Kernsymptome (diagnostisch relevant)

POSITIVSYMPTOMATIK

„Übersteigerungen und Fehlinterpretationen des normalen Erlebens“

- Wahn, Halluzinationen

ICH-STÖRUNGEN

„Störungen von Einheitserleben, Identität und Ich-Umwelt-Grenzen“

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung

KOGNITIVE STÖRUNGEN

„Störungen von kognitiven Funktionen“

- Formale Denkstörungen
- Reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit

KATATONE SYMPTOME

„Körperliche Symptome der Schizophrenie“

- Stupor oder Mutismus, Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus, Kataleptische Starre, Wächserne Biegsamkeit, Befehlsautomatismus

NEGATIVSYMPTOMATIK

„Einschränkungen des normalen Erlebens.“

- Alogie, Affektverflachung, Antriebslosigkeit, Anhedonie

Assoziierte Symptome

VERHALTENSSTÖRUNGEN

„Veränderungen des Verhaltens aufgrund schizophrener Symptome“

- Erregung, Feindseligkeit, aggressives Verhalten, sozialer Rückzug, mangelnde Einsichtsfähigkeit, Unkooperativität, Sozialangst

AFFEKTIVE STÖRUNGEN

„Veränderungen des Affektes im Rahmen schizophrener Erkrankungen“

- Depression, Angst, Suizidalität

STÖRUNGEN DURCH KOMORBIDE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

„Symptome / Verhaltensauffälligkeiten, welche durch komorbide Störungen bedingt sind“

- Mangelnde Impulskontrolle, selbstverletzendes Verhalten, Zwangssymptome



Positivsymptomatik der Schizophrenie (Zitate)

Akustische Halluzinationen



„Ich kann Stimmen hören, obwohl ich allein in einem ruhigen Zimmer bin. Diese kommentieren mein Handeln und beschimpfen mich.“

Wahn



„Ich bin Opfer einer ungerechtfertigten Verfolgung“

„Ich weiß, dass es Personen gibt, die es auf mich abgesehen haben und mich nicht in Ruhe lassen.“



Negativsymptomatik der Schizophrenie (Zitate)

Antriebslosigkeit / Anhedonie



„Ich habe zu nichts mehr eine Motivation“

„Ich habe kaum noch irgendwelche Gefühle“

Affektverflachung / Alogie



„Ich kann mich über nichts mehr freuen“

„Wenn Freunde kommen, habe ich keine Lust mehr mich zu unterhalten“



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und Subtypen



Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 ¹

Symptomgruppen 1-8

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, das Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden
7. Katatone Symptome wie Erregung, Stereotypien, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus, Stupor
8. Negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte

Allgemeine diagnostische Kriterien 1-4

1. Für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1 - 4 erforderlich oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5 - 8.
2. Die Symptome müssen länger als einen Monat andauern; währen sie nur kürzere Zeit, ist eine akute schizophreniforme psychotische Störung zu diagnostizieren.
3. Schizophrenie soll nicht diagnostiziert werden bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen, es sei denn die schizophrene Symptomatik wäre der affektiven vorausgegangen
4. Gehirnerkrankungen, Intoxikationen, Drogeneinfluss, Entzugssyndrome sind auszuschließen

Quellenangaben:

1) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 Weltgesundheitsorganisation WHO, Horst Dilling et al. (Hrsg.)



Diagnostische Kriterien von Subtypen der Schizophrenie

Subtyp	Kriterium	Kriterien
Paranoide Schizophrenie (F20.0)	Allgemeine Kriterien der Schizophrenie erfüllt	a) Wahnphänomene oder Halluzinationen müssen vorherrschen b) Verflachter oder inadäquater Affekt, katatone Symptome oder Zerfahrenheit bestimmen das klinische Bild nicht
Hebephrene Schizophrenie (F20.1)		a) Kriterium 1 oder 2 erfüllt: 1. Eindeutige und anhaltende Verflachung des Affektes 2. Eindeutige und anhaltende Inadäquatheit des Affektes b) Kriterium 1 oder 2 erfüllt: 1. Zielloses und unzusammenhängendes Verhalten 2. Eindeutige Denkstörungen c) Halluzinationen oder Wahnphänomene bestimmen das klinische Bild nicht
Katatone Schizophrenie (F20.2)		a) Mindestens 2 Wochen müssen mindestens eins der folgenden Symptome vorliegen: 1. Stupor oder Mutismus, 2. Erregung, 3. Haltungsstereotypien, 4. Negativismus, 5. Kataleptische Starre, 6. Wächserne Biegsamkeit, 7. Befehlsautomatismus
Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)		a) Kriterium 1 oder 2 erfüllt: 1. Die Symptome erfüllen die Kriterien für eine der Untergruppen F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5 nicht 2. Die Symptome sind so zahlreich, dass die Kriterien für mehr als eine Untergruppe erfüllt sind



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Differentialdiagnostik (psychisch und somatisch)



Differentialdiagnostik (andere F2-Störungen, I)

Einteilung	Code	Kriterien
Schizotype Störung	F21	<p>A. Über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren mindestens 4 andauernde oder wiederholte Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Unangepasster oder eingengter Affekt (kalt und unnahbar)2. Seltsames, exzentrisches oder eigentümliches Verhalten3. Wenig soziale Bezüge und sozialer Rückzug4. Sonderbare Ansichten oder magisches Denken5. Misstrauen oder paranoide Vorstellungen6. Grübeln mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten7. Vages, umständliches, metaphorisches und oft stereotypes Denken8. Gelegentliche quasi-psychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen oder wahnähnlichen Inhalten
Anhaltend wahnhafte Störung	F22	<p>A. Bestehender Wahn oder Wahnsystem B. Mindestens 3 Monate bestehen C. Allgemeine Kriterien der Schizophrenie nicht erfüllt D. Anhaltende Halluzinationen dürfen nicht vorkommen E. Depressive Symptome können im Verlauf vorkommen, v.a. bei Rückbildung der Wahninhalte</p>



Differentialdiagnostik (andere F2-Störungen, II)

Einteilung	Code	Kriterien
Akute vorübergehende psychotische Störung	F23	<ul style="list-style-type: none">A. Akuter Beginn der psychotischen Symptomatik. Nicht mehr als 2 Wochen Dauer zwischen Beginn der Symptome und der Entwicklung des VollbildesB. Wenn vorübergehende Zustandsbilder mit Ratlosigkeit, illusionärer Verknennung oder Aufmerksamkeitsstörungen und Konzentrationsstörungen vorkommen, ist eine organische Ursache ausgeschlossenC. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien einer manischen oder depressiven EpisodeD. Kein Nachweis eines vorangegangenen Suchtmittelkonsums



Differentialdiagnostik (andere F2-Störungen, III)

Einteilung	Code	Kriterien
Schizoaffective Störung	F25	<p>A. Die Störung erfüllt die Kriterien für eine affektive Störung (Manie oder Depression) vom Schweregrad mittel bis schwer</p> <p>B. Aus mindestens einer der folgenden Symptomgruppen müssen Symptome von mindestens 2 Wochen Dauer vorhanden sein:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten3. Kommentierende oder dialogische Stimmen4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität6. Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden7. Katatone Symptome <p>C. Die Kriterien A. und B. müssen während der derselben Episode und wenigstens für einige Zeit gleichzeitig erfüllt sein.</p> <p>D. Die Störung ist nicht bedingt durch eine organische Ursache</p>
Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	F29	Kein Kriterium der Störungen F20-F28 sind erfüllt



Differentialdiagnostik (Andere Erkrankungen)

Kategorisierung nach ICD-10	Differentialdiagnosen
F0 Organisch, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Enzephalitis▪ Traumatische Hirnschädigungen▪ Hirntumoren▪ Epilepsie▪ Hormonelle Störungen▪ Neurodegenerative Erkrankungen (u.a. Demenz, Morbus Parkinson)▪ Stoffwechselstörungen▪ Rheumatische Erkrankungen▪ Multiple Sklerose▪ Andere (v.a. postoperative Zustände)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<ul style="list-style-type: none">▪ Intoxikationen▪ Entzugssyndrom ohne und mit Delir▪ psychotische Störung▪ verzögert auftretende psychotische Störung
F3 Affektive Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Manie mit psychotischen Symptomen▪ Bipolar affektive Störungen mit psychotischen Symptomen▪ Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Dissoziativer Stupor▪ Depersonalisations- und Derealisationssyndrome
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Paranoide oder schizoide Persönlichkeitsstörung▪ Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typus)▪ Artifizielle Störungen
F8 Entwicklungsstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Autismus▪ Asperger-Syndrom



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

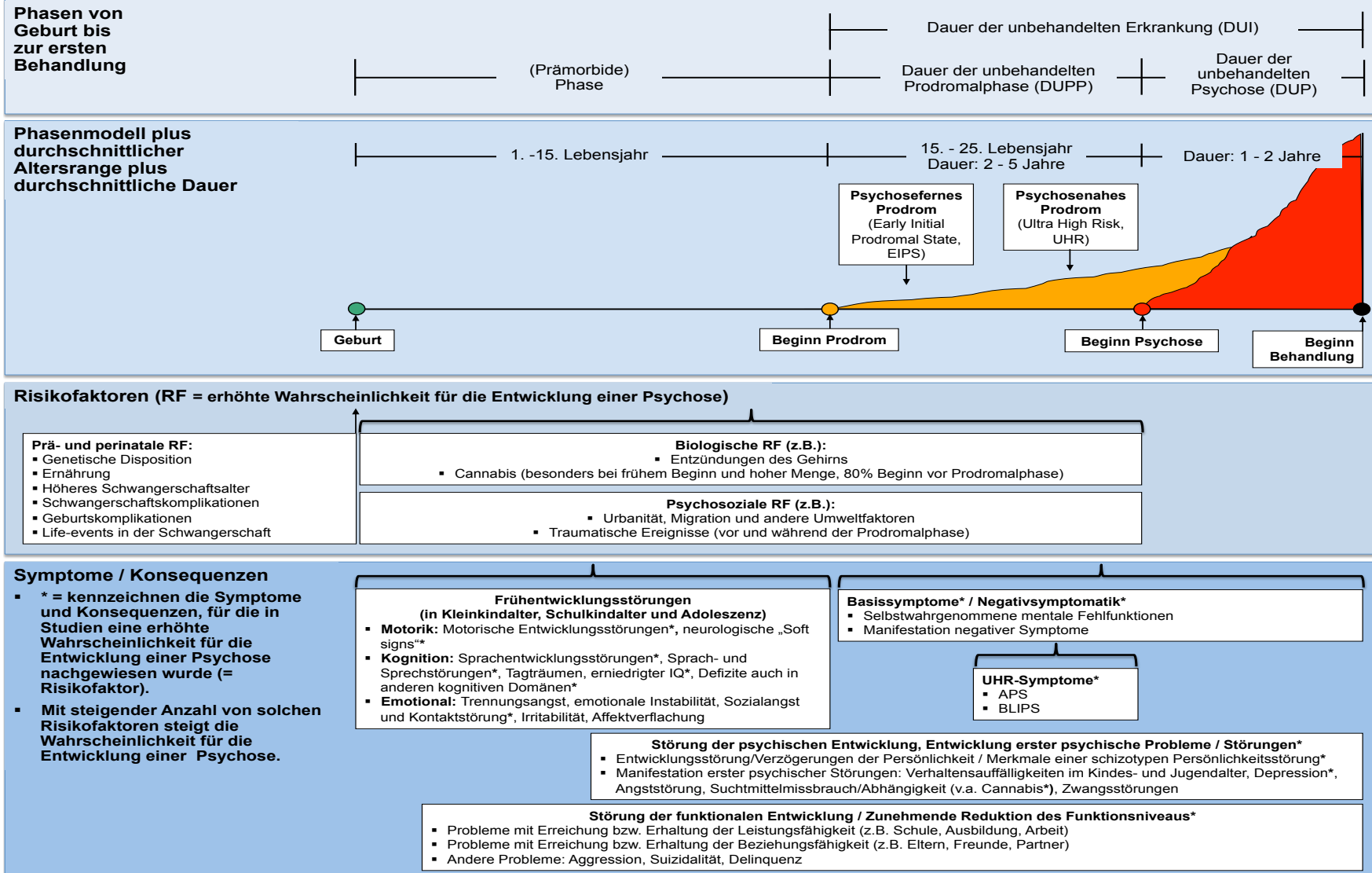
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Ursachen und Risikofaktoren



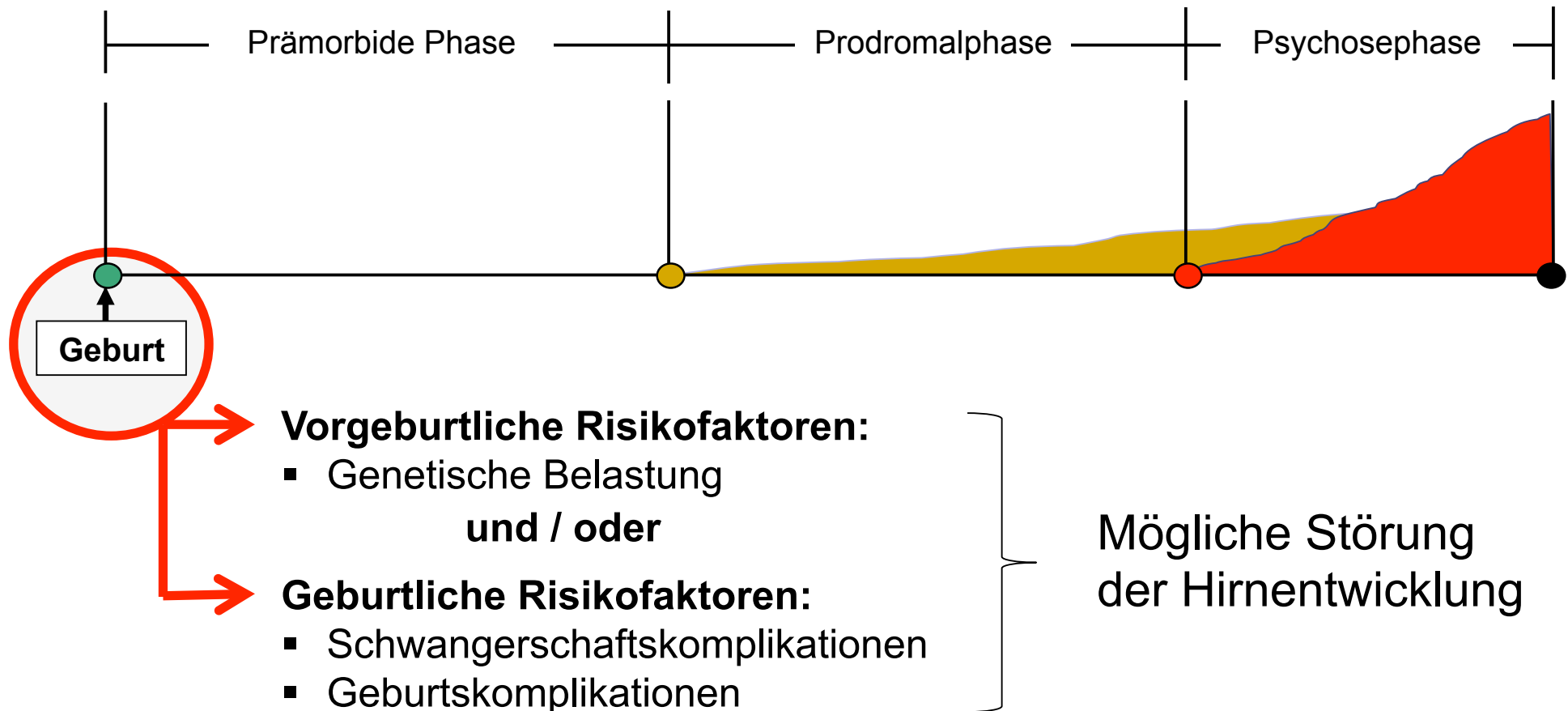
Ursachen und Risikofaktoren: Überblick Entwicklungsmodell





Vorgeburtliche und geburtliche Risikofaktoren (I)

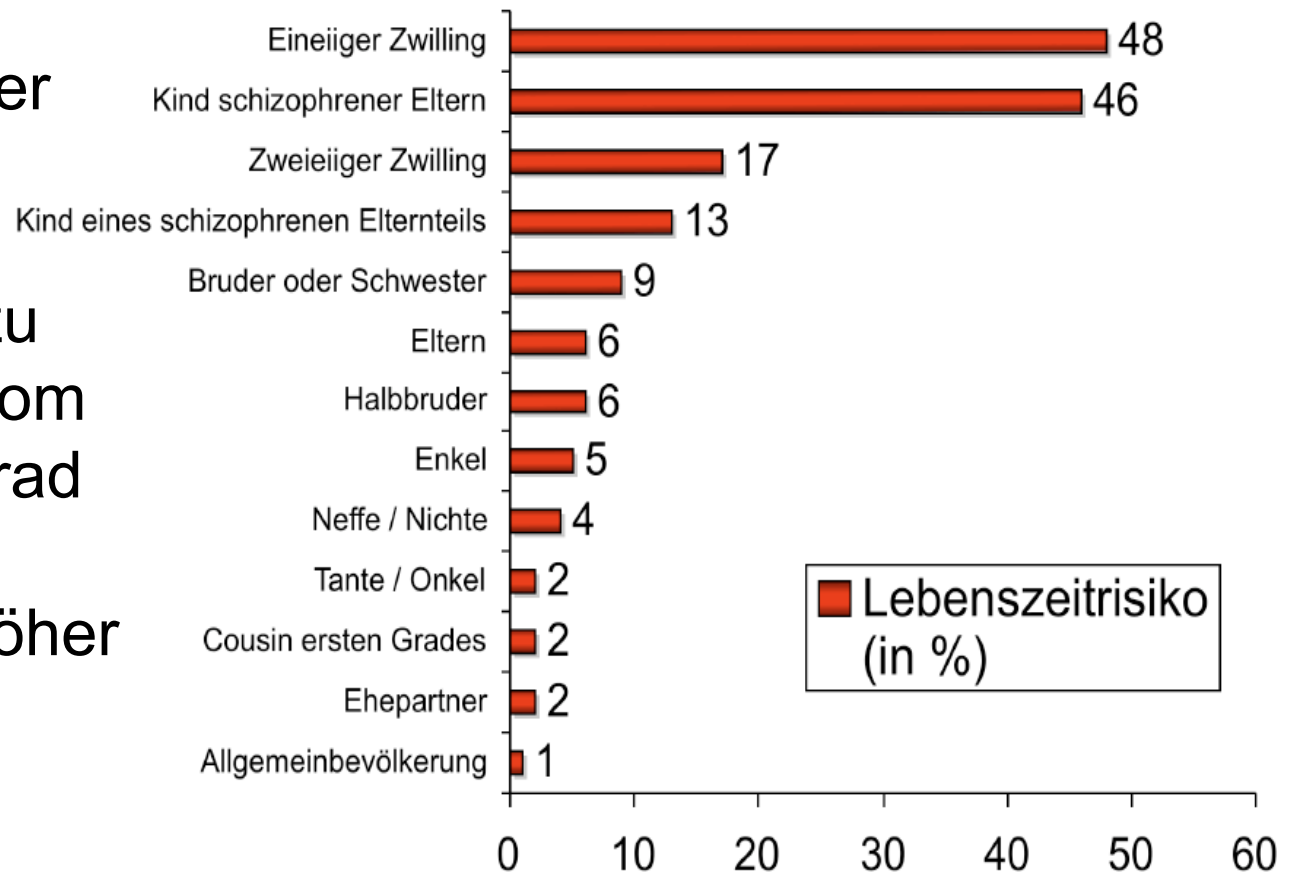
● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome





Vorgeburtliche und geburtliche Risikofaktoren (II)

Die Ausprägung der genetischen Disposition und damit das Risiko zu erkranken hängt vom Verwandtschaftsgrad ab, d.h. je näher verwandt, desto höher das Risiko!





Vorgeburtliche und geburtliche Risikofaktoren (III)

Schwangerschafts- und /
oder Geburtskomplikationen
können das Risiko für eine
Schizophrenie erhöhen, v.a.
dann, wenn gleichzeitig
eine genetische Disposition
vorliegt.

Schwangerschaftskomplikationen (Beispiele)

- Infektionen während Schwangerschaft
- Unzureichende Ernährung während Schwangerschaft oder Überernährung
- Blutungen während Schwangerschaft
- Höheres Mutteralter

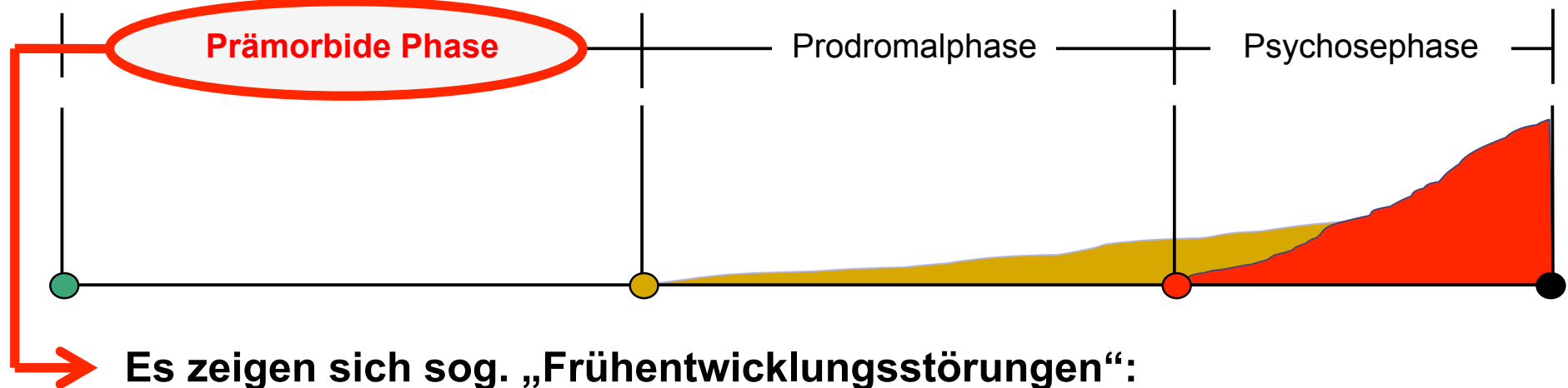
Geburtskomplikationen (Beispiele)

- Frühgeburt
- Sauerstoffmangel unter Geburt
- Niedriges Geburtsgewicht



Frühentwicklungsstörungen

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome



- Verspätetes Laufen und / oder Sprechen
- Wenig Interesse an und Fähigkeit zu Sozialkontakten
- Sozialangst / schizotype Persönlichkeitsentwicklung
- Kognitive Probleme in Schule und Alltag (IQ ↓)

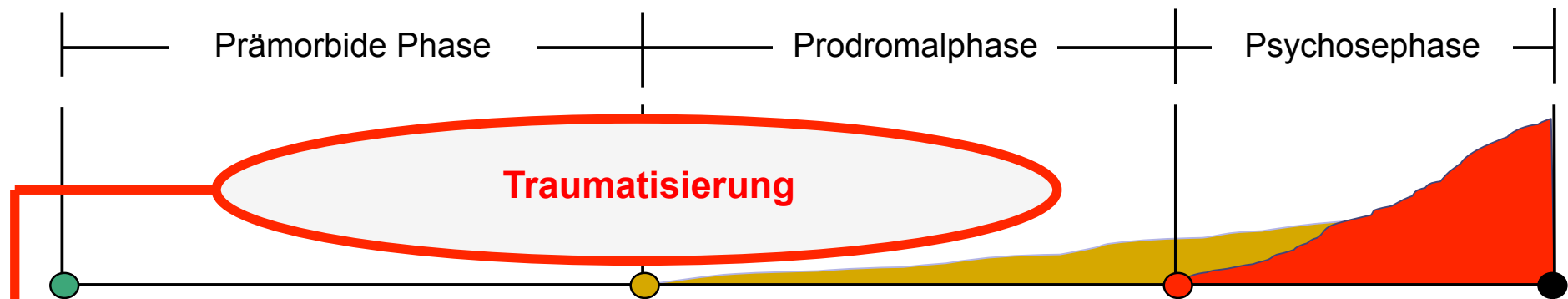
Ausdruck der
Hirnentwicklungs-
störung

Erhöhtes Risiko für Schizophrenie!



Frühe Traumatisierung

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome



Traumatisierung:

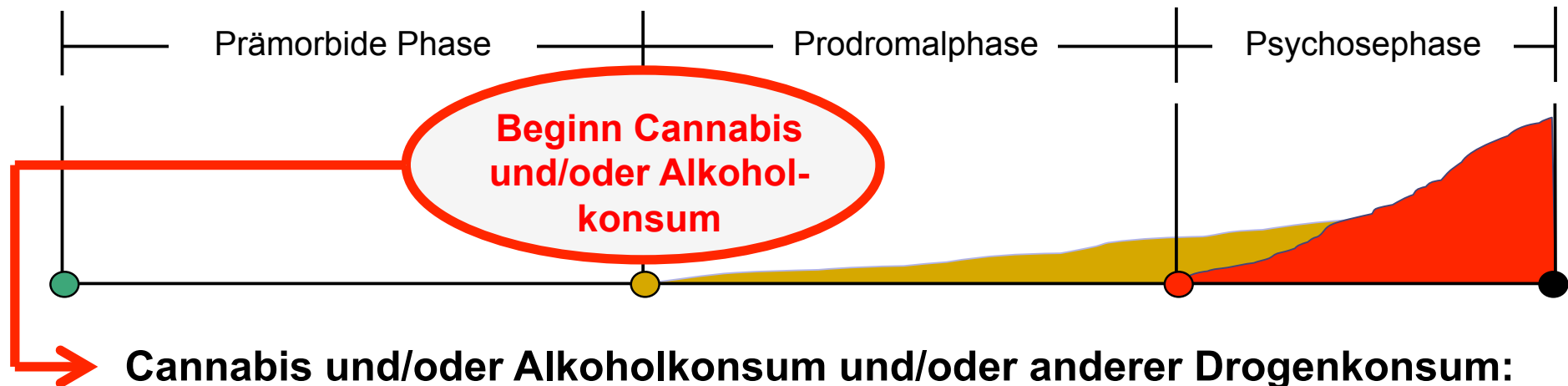
- Etwa 50-60% der Betroffenen sind traumatisiert (z.B. sexueller und physischer Missbrauch)

Erhöhtes Risiko für Schizophrenie!



Alkohol- und Drogenkonsum

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome



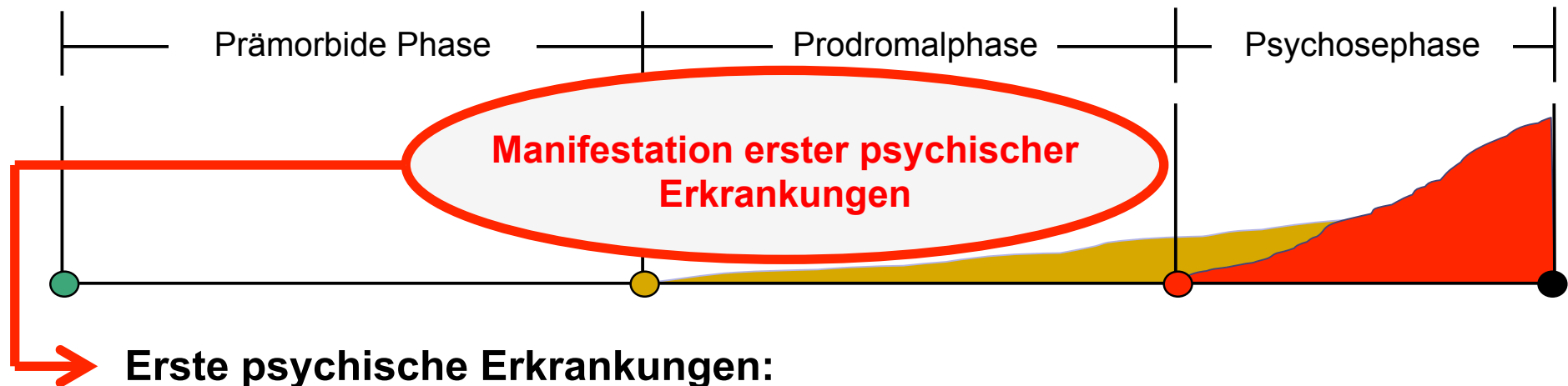
- Etwa 40-50% der Betroffenen haben eine komorbide Suchtstörung
- Diese bedingt u.a.
 - Weitere Schädigung der Hirnentwicklung und -funktion (v.a. Kognition)
 - Cannabis kann auch ohne Vulnerabilität Psychosen auslösen
 - Weitere psychosoziale Probleme

Erhöhtes Risiko für Schizophrenie und früherer Beginn!



Frühe psychische Störungen

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome



Erste psychische Erkrankungen:

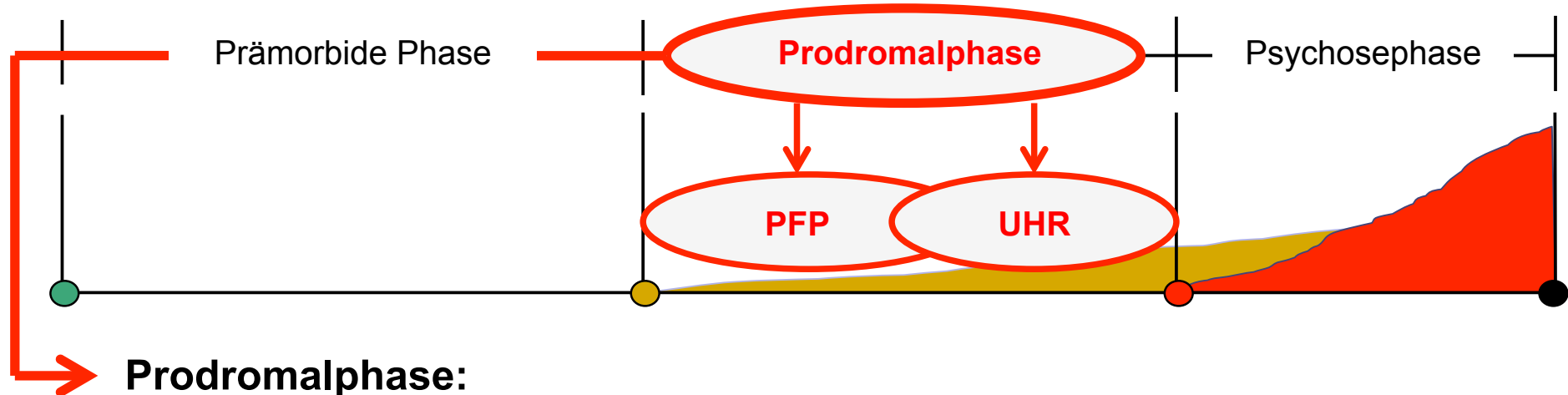
- Etwa 60-90% aller später Psychose Betroffenen haben schon davor und v.a. in der Prodromalphase eine „andere“ psychische Erkrankung
- Die häufigsten sind Depression, Angststörung, ADHD, PTSD oder Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter

Erhöhtes Risiko für Schizophrenie!



Prodromalphase

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome

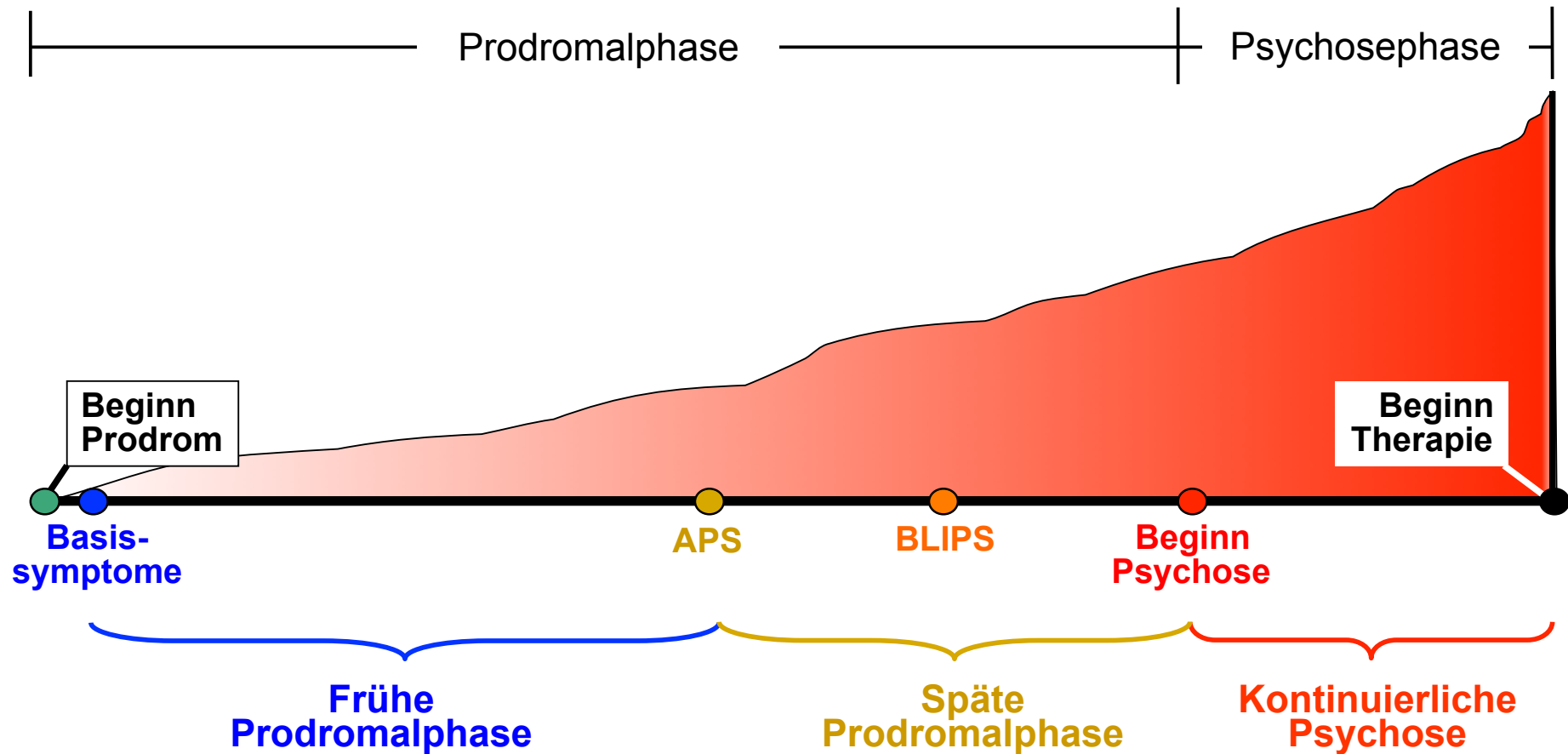


- Zunächst zeigen sich sog. Basissymptome = bezeichnet als **psychosefernes Prodrom (PFP)**
- Dann beginnen kurze oder leichte psychotische Störungen = bezeichnet als **psychosenahes Prodrom = Ultra-high Risk (UHR)**

Erhöhtes Risiko für Schizophrenie!



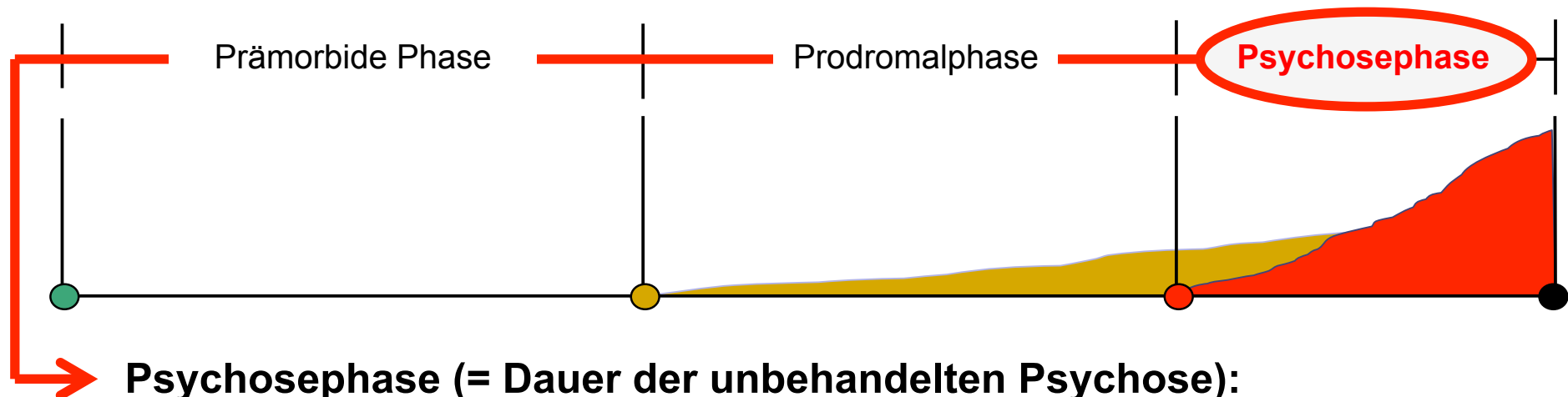
Prodromalphase im Detail





Unbehandelte Psychose

● = prodromale Symptome ● = psychotische Symptome



- Bis zur ersten Behandlung vergehen etwa 1-2 Jahre mit manifester Psychose
- Je länger diese Phase dauert, desto größer sind die psychosozialen Konsequenzen auf Verlauf und Prognose



Entwicklungsmodell: Bedeutung von Risikofaktoren

Für Risikofaktoren (RF) gelten **drei Regeln**:

- 1) Jeder RF erhöht die Wahrscheinlichkeit eine Schizophrenie zu entwickeln = Vulnerabilität.
- 2) RF unterscheiden sich in der Höhe des Wahrscheinlichkeitsrisikos eine Schizophrenie zu entwickeln.
- 3) RF addieren sich in ihrem Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie, d.h. bei mehreren Risikofaktoren summiert sich das Risiko.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

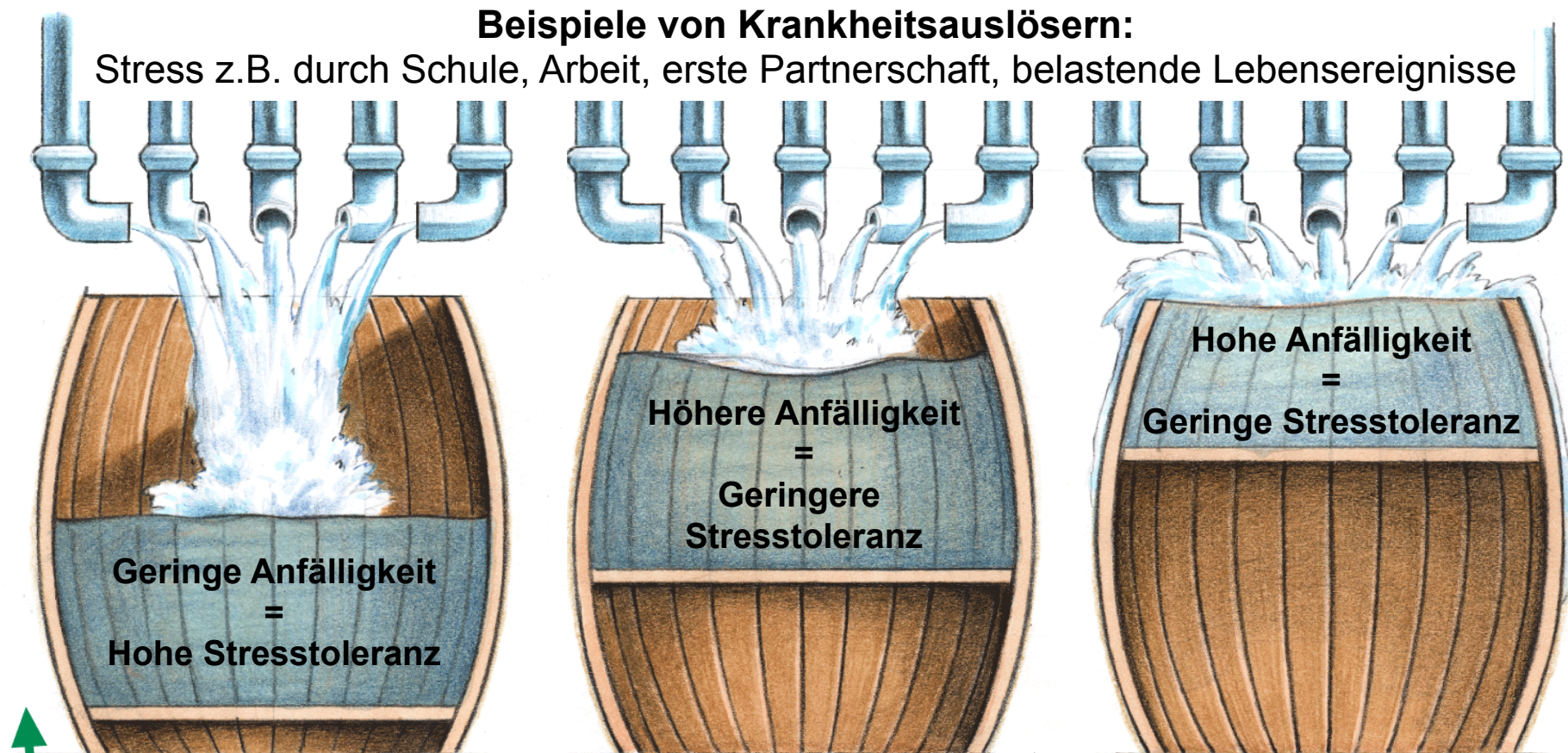


Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

- **Definition:** Schizophrenie-gefährdete Menschen haben eine besondere Vulnerabilität („*Verletzlichkeit = Krankheitsanfälligkeit*“), die durch Risikofaktoren bedingt ist und welche bei normalen bis stressvollen lebensgeschichtlichen, situativ-sozialen und/oder körperlichen Belastungen zum Ausbruch einer Erkrankung führt.

Entwicklungsmodell: Ausbruch der Erkrankung (II)

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Die Anfälligkeit entsteht durch Risikofaktoren



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

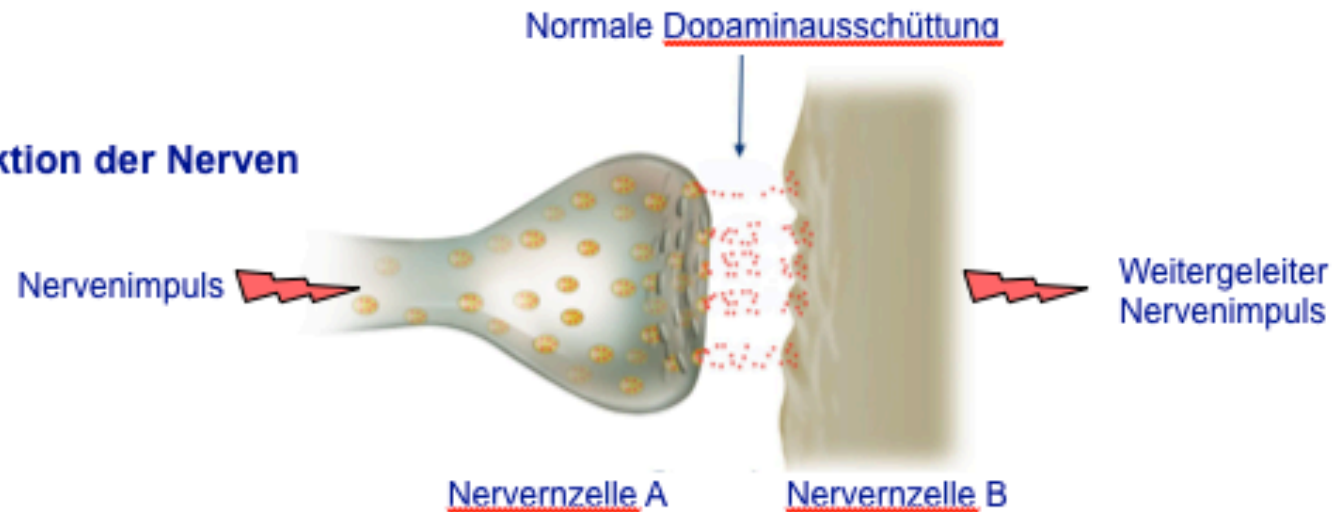


Grundlagen: Dopamin-Hypothese

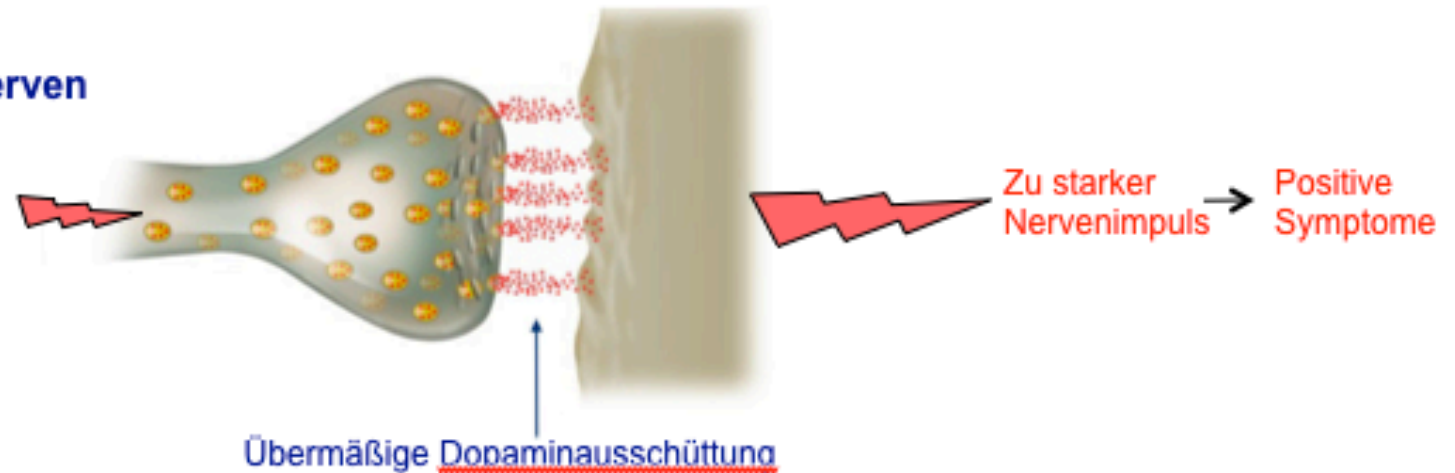


Dopamin-Hypothese

Normale Funktion der Nerven



Gestörte Funktion der Nerven

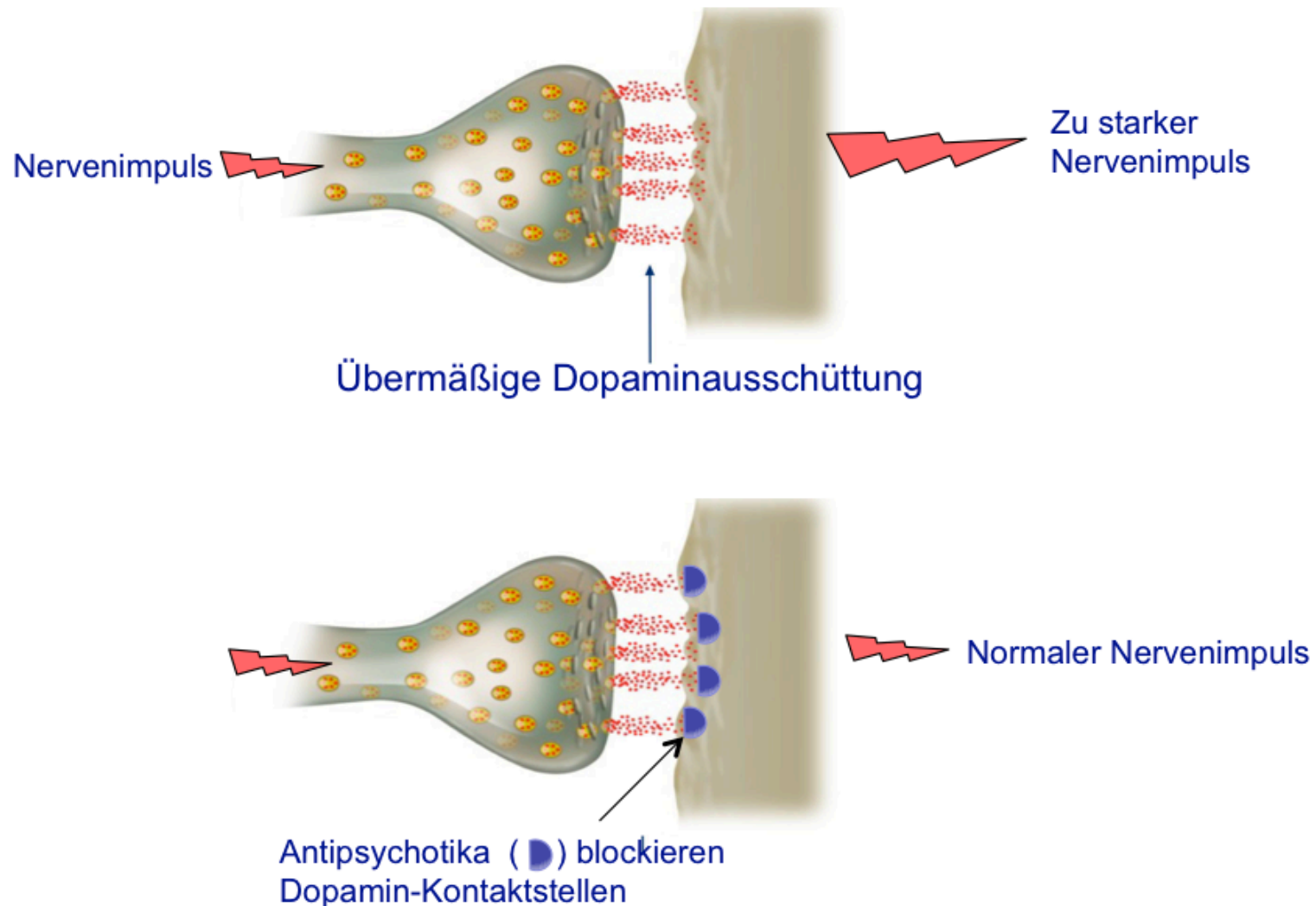




Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dopamin-Hypothese: Wirkweise der Antipsychotika





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

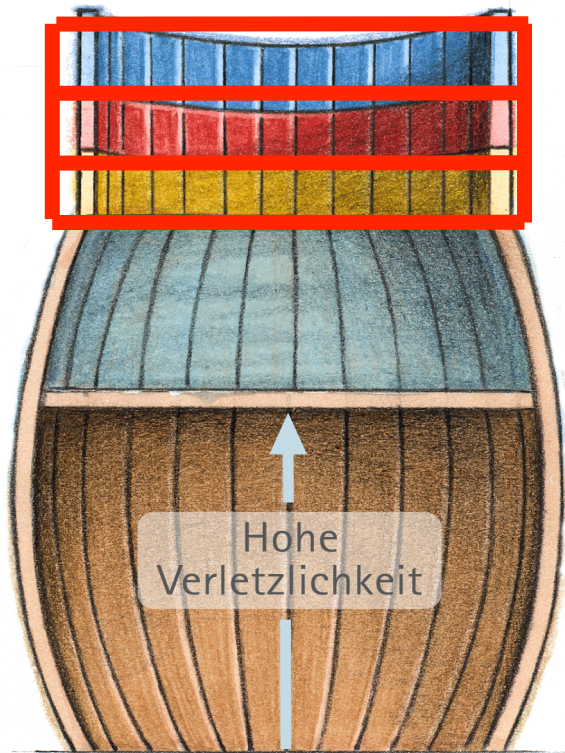


Therapie



Therapiebausteine: Überblick

Überlaufschutz



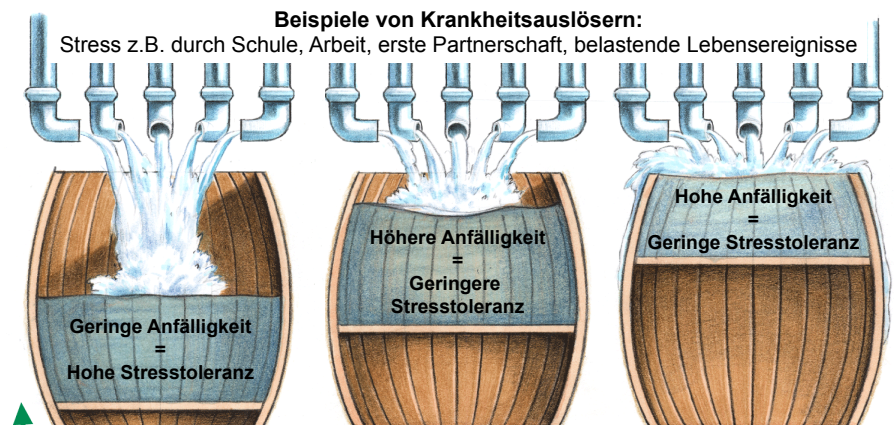
Soziotherapie / Selbsthilfe

Psychologische Therapien

Medikamentöse Therapien



Integrierte Versorgung





Therapie: Überblick

Prodromalphase	Akutphase	Langzeitphase
<ul style="list-style-type: none">▪ Frühbehandlung	<ul style="list-style-type: none">▪ Akutbehandlung▪ Notfalltherapie	<ul style="list-style-type: none">▪ Langzeitbehandlung
<ul style="list-style-type: none">▪ Kognitive Verhaltenstherapie▪ Medikamentöse Frühbehandlung▪ Behandlung von komorbiden psychischen Erkrankungen▪ Familienintervention▪ Psychoedukation▪ Therapie Suizidalität	<ul style="list-style-type: none">▪ Medikamentöse Therapie (Akut- und Notfallbehandlung)▪ Psychoedukation▪ Familienintervention▪ Behandlung von komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Medikamentöse Therapie / Rezidivprophylaxe / Förderung der Therapieadhärenz▪ Psychoedukation▪ Familienintervention▪ Kognitive Verhaltenstherapie▪ Behandlung von komorbiden und somatischen psychischen Erkrankungen▪ Arbeitsrehabilitation▪ Selbsthilfe▪ Behandlung der Therapieresistenz▪ Frühintervention bei drohendem Rückfall



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

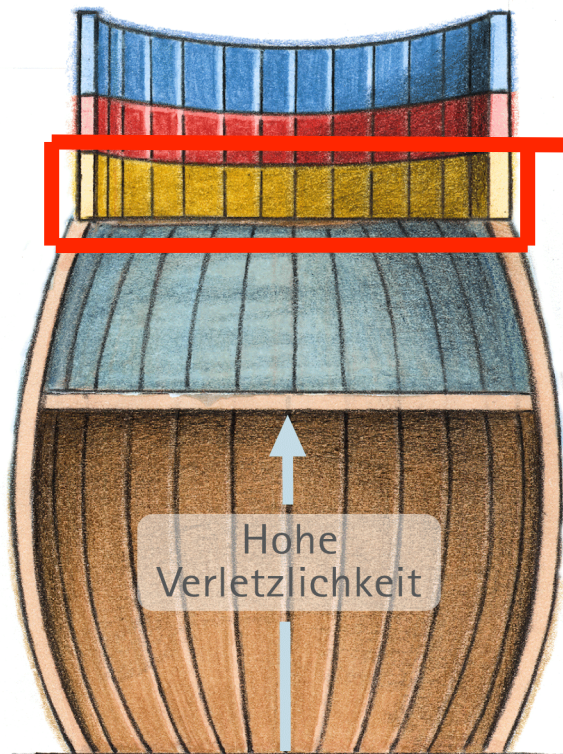


Therapie: Pharmakotherapie



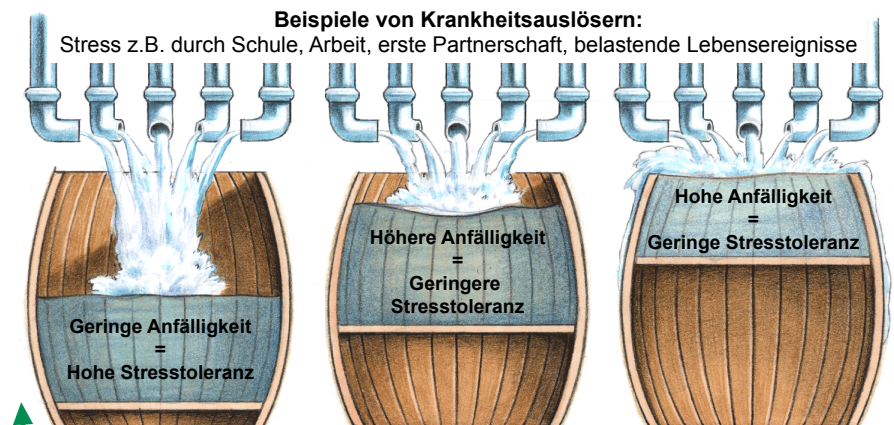
Medikamentöse Therapien : Überblick

Überlaufschutz



Medikamentöse Therapien

Antipsychotika
Phasenprophylaktika
Antidepressiva
Benzodiazepine



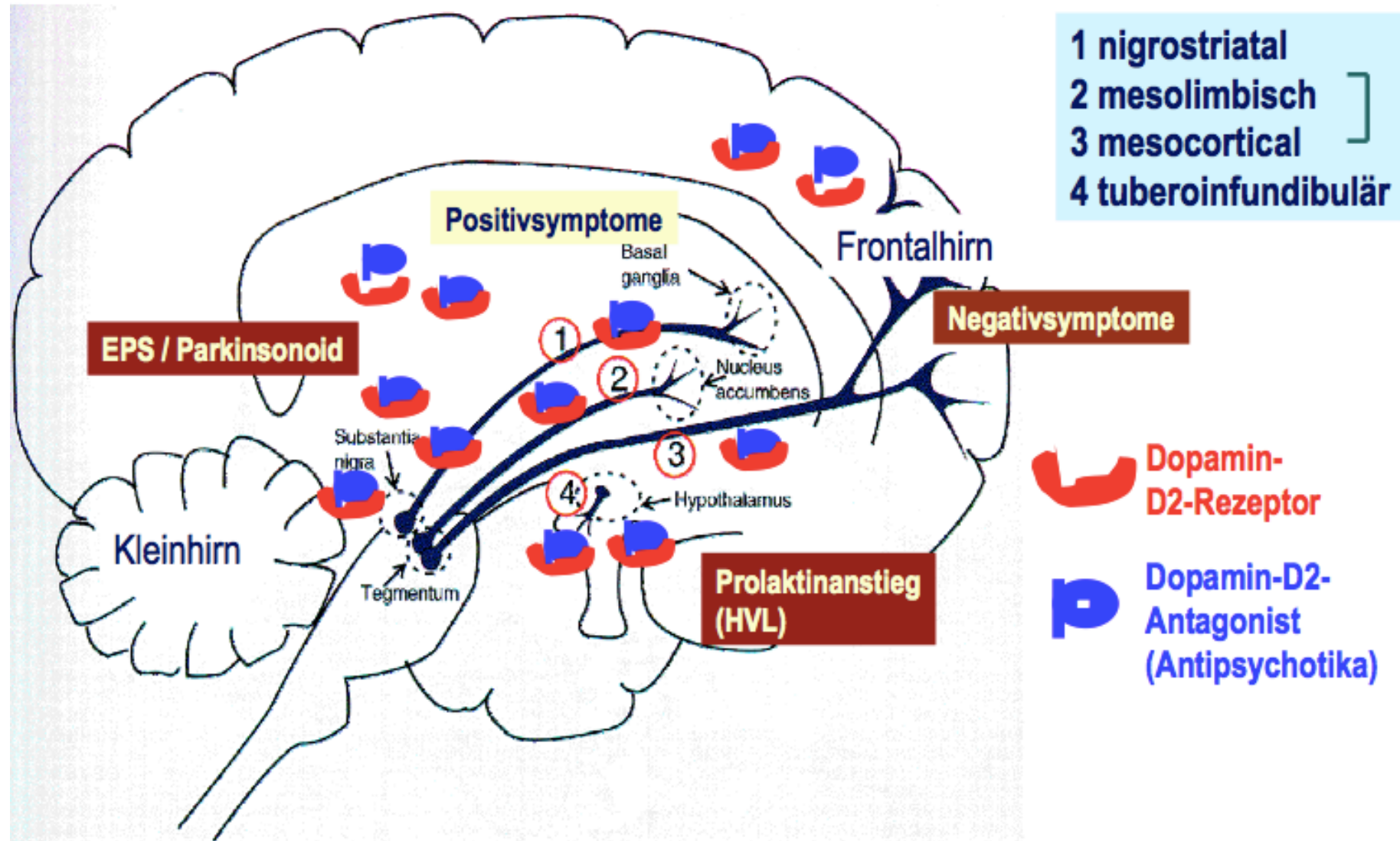


Definition:

Als **Neuroleptikum** (etwa „Nervendämpfungsmittel“) oder **Antipsychotikum** wird ein Medikament bezeichnet, das als psychotrope Substanz eine antipsychotische, sedierende und psychomotorische Wirkung besitzt und vor allem zur Behandlung von Psychosen eingesetzt wird.



Wirkungsort der Antipsychotika (I)





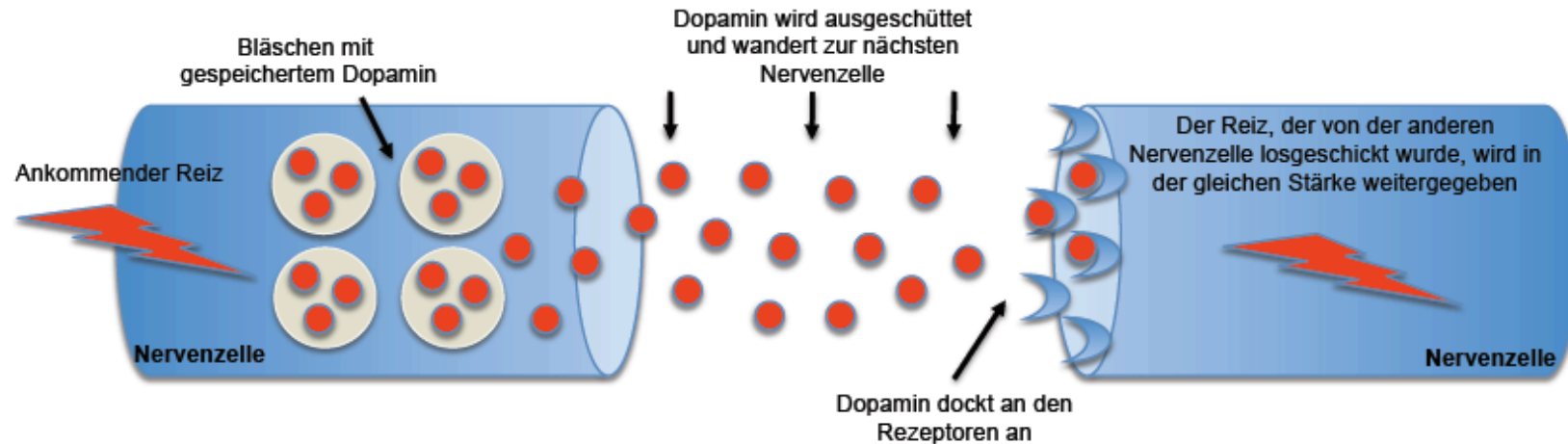
Wirkungsort der Antipsychotika (II)

Im ZNS gibt es im Wesentlichen vier dopaminerge Verarbeitungspfade

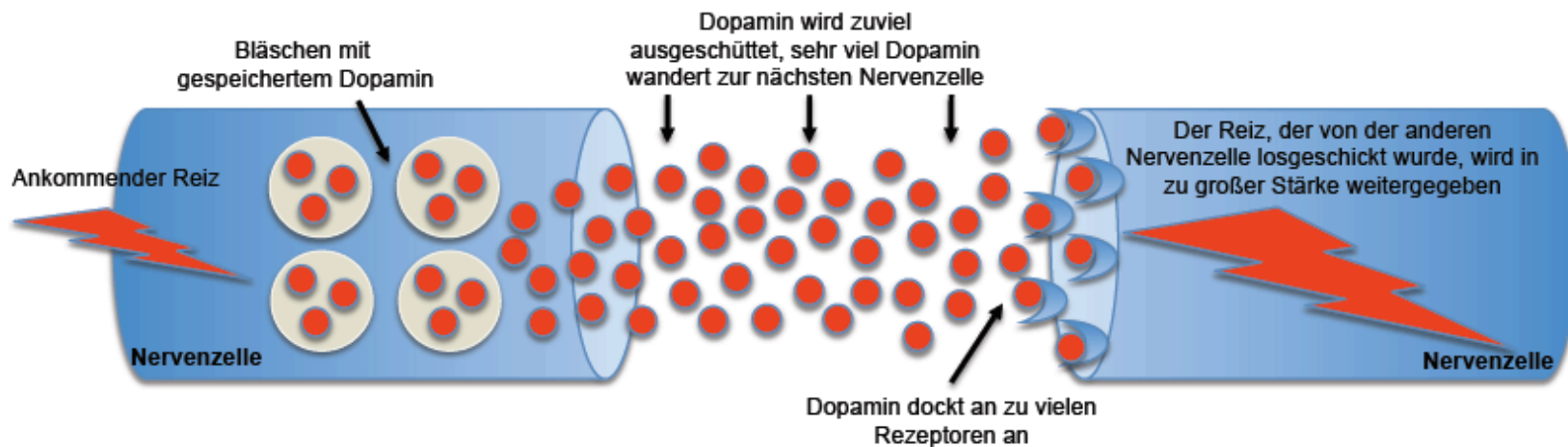
	Mesostriatales System	Mesolimbisches System	Mesokortikales System	Tubero-infundibuläres System
Ursprung	Substantia nigra	Ventrales Tegmentum	Ventrales Tegmentum	Nucleus arcuatus
Endigung	Basalganglien	Limbisches System (Hippocampus, Amygdala, Corpus mamillare, Fornix etc.)	Frontallappen des Cortex	Hypophysen- vorderlappen
Physiologische Funktion	Bewegungs- steuerung	Belohnungssystem (Lust, Anhedonie)	Exekutive Funktionen, Motivation	Regulierung der Prolaktin Sekretion
Hyperaktivität	Spätdyskinesien	Positivsymptomatik	Hypoaktivität: Negativsymptomatik	Prolaktinabfall
Blockade	Extrapyramidal- motorische Störungen (EPS)	Antipsychotische Wirkung: Positivsymptomatik	Antipsychotische Wirkung: Negativsymptomatik	Prolaktinanstieg

Wirkmechanismus (I)

1. Normale Neurotransmission von Dopamin von einer Nervenzelle zu anderen

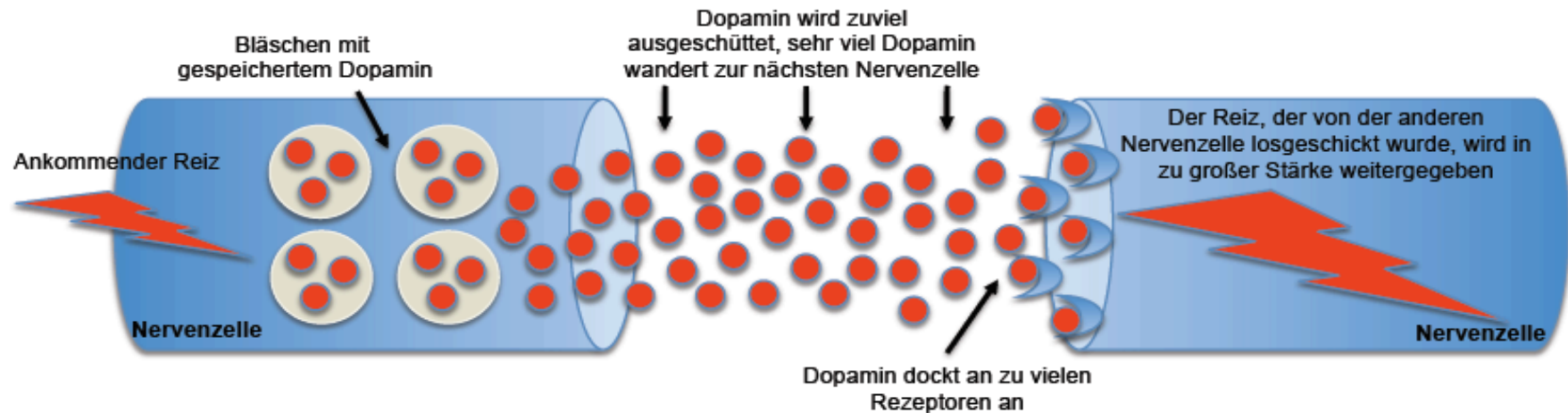


2. Gestörte Neurotransmission von Dopamin von einer Nervenzelle zu anderen

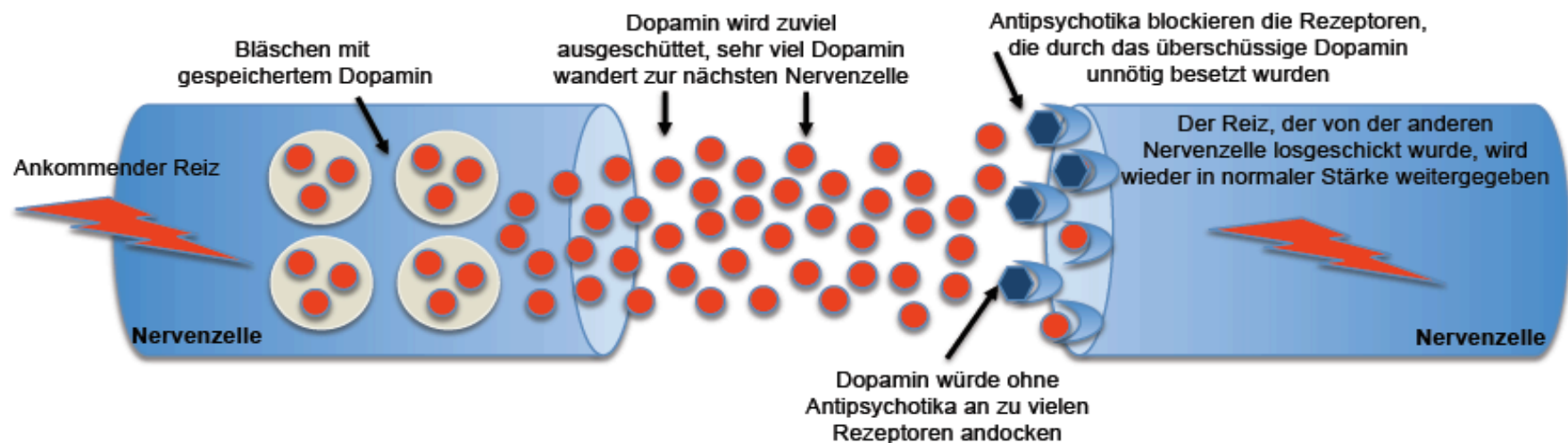


Wirkmechanismus (II)

1. Gestörte Neurotransmission von Dopamin von einer Nervenzelle zu anderen



2. Wirkungsmodell von Antipsychotika bei gestörter Neurotransmission von Dopamin





Stoffklassen der Antipsychotika

Klasse	Beispiele
<ul style="list-style-type: none">▪ Trizyklische Neuroleptika:▪ Phenothiazine und▪ Thioxanthene	<p>Phenothiazine: Chlorpromazin, Fluphenazin, Levopromazin, Perain, Promazin, Triflupromazin</p> <p>Thioxanthene: Chlorprothixen, Flupentixol</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Dibenzepine	Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Zotepin
<ul style="list-style-type: none">▪ Butyrophenone und Diphenylbutylpiperidine	Haloperidol, Melperon, Bromperidol, Pipamperon, Fluspirilen, Pimozid
<ul style="list-style-type: none">▪ Benzamide	Sulpirid, Amisulprid
<ul style="list-style-type: none">▪ Benzisoxazol-Derivate, andere Stoffe	Risperidon, Ziprasidon, Aripiprazol



Neuroleptische Potenz

- **Definition:** Neuroleptika wirken umso stärker antipsychotisch, je größer ihre extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen sind. Man führte daher den Begriff der neuroleptischen Potenz ein, der ein Maß für diese Nebenwirkungen ist. Die neuroleptische Potenz wird im Chlorpromazin-Index (CPZi) angegeben.
- **Beispiel:** CPZ-Äquivalent: 1 mg der Substanz entspricht x mg Chlorpromazin. Chlorpromazin als Standardwirkstoff hat einen CPZi = 1, Haloperidol CPZi = 50, dies heißt, dass 1 mg Haloperidol eine neuroleptische Potenz vergleichbar mit 50 mg Chlorpromazin hat.
- **Einteilung:**
 - Niederpotente Neuroleptika ($\text{CPZi} \leq 1,0$)
 - Mittelpotente Neuroleptika ($\text{CPZi} = 1,0\text{-}10,0$)
 - Hochpotente Neuroleptika ($\text{CPZi} > 10,0$)



Einteilung nach neuroleptischer Potenz

Neuroleptikum (Beispiele)	CPZ-Äquivalent X
Hochpotente Neuroleptika	
<ul style="list-style-type: none">▪ Benperidol▪ Haloperidol, Bromperidol, Flupentixol, Fluspirilen, Olanzapin, Pimozid, Risperidon▪ Fluphenazin▪ Trifluoperazin▪ Perphenazin	<ul style="list-style-type: none">▪ 75▪ Alle 50▪ 40▪ 25▪ 15
Mittelpotente Neuroleptika	
<ul style="list-style-type: none">▪ Zuclopenthixol▪ Clopenthixol▪ Chlorpromazin, Clozapin, Melperon, Perazin, Quetiapin	<ul style="list-style-type: none">▪ 5▪ 2,5▪ Alle 1
Niederpotente Neuroleptika	
<ul style="list-style-type: none">▪ Pipamperon, Triflupromazin, Chlorprothixen▪ Prothipendy▪ Levomepromazin, Promazin, Promethazin▪ Amisulprid, Sulpirid	<ul style="list-style-type: none">▪ Alle 0.8▪ 0.7▪ Alle 0.5▪ Alle 0.2

Antipsychotika: Einteilung nach typisch / atypisch

Definition: Als „atypisch“ werden Neuroleptika bezeichnet, die die typischen Nebenwirkungen der Neuroleptika seltener hervorrufen, insbesondere extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS) und Spätdyskinesien.

Typische Neuroleptika (Beispiele)	Atypische Neuroleptika (alle)
<ul style="list-style-type: none">■ Benperidol■ Haloperidol■ Bromperidol■ Flupentixol■ Fluphenazin■ Fluspirilen■ Perphenazin■ Pimozid■ Trifluoperazin	<ul style="list-style-type: none">■ Amisulprid■ Aripiprazol■ Clozapin■ Olanzapin■ Paliperidon■ Quetiapin■ Risperidon■ Sulpirid■ Ziprasidon■ Zotepin



Medikamentöse Therapie: Auswahl der Psychopharmaka (I)

Antipsychotika	Benzo-diazepine	Phasen-prophylaktika	Antidepressiva
Diagnostische Indikation			
<ul style="list-style-type: none">▪ Schizophrenie-Spektrums-Störungen (NASS)▪ Schizoaffektive Störung (SAS)		<ul style="list-style-type: none">▪ Schizoaffektive Störung (SAS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Depression bei NASS und SAS▪ Komorbide Störungen
Indikation nach Phase			
<ul style="list-style-type: none">▪ Akutphase inklusive Notfall▪ Rezidivprophylaxe	<ul style="list-style-type: none">▪ Akutphase inklusive Notfall	<ul style="list-style-type: none">▪ Akutphase und Rezidivprophylaxe bei SAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Langzeitbehandlung komorbider Störungen
Symptomatische Indikation			
<ul style="list-style-type: none">▪ Positiv- und Negativsymptomatik▪ Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Angst, Erregung, Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Manische und/oder depressive Symptome	<ul style="list-style-type: none">▪ Negativsymptomatik als Komedikation



Medikamentöse Therapie: Auswahl der Psychopharmaka (II)

Antipsychotika	Zugelassen für ¹	Tabletten/ Kapseln/Dragée (in Dosis)	Wafer Tablette (in Dosis)	Liquid/Tropfen (verfügbar)	Kurz-wirksames Depot (in Dosis)	Langwirksames Depot (in Dosis)
Antipsychotika der zweiten Generation						
Amisulprid	S	50, 200, 400	-	-	-	-
Aripiprazol	S, ABE, MTBD	5, 10, 15, 20, 30	10, 15, 20, 30	Ja	In Erprobung	In Zulassung (FDA)
Asenapin	ABE	-	5, 10	-	-	-
Clozapin	S	25, 50, 100, 200	-	-	-	-
Olanzapin	S, ABE, ABD, MTBD	5, 7.5, 10, 15, 20	5, 10, 15, 20	-	10, 20	150, 210, 300, 405
Paliperidon	S	3, 6, 9 (extended release)	-	-	-	25, 50, 75, 100, 150
Quetiapin IR	S, ABE, ABD	25, 50, 100, 200, 300, 400	-	-	-	-
Quetapin XR	S, ABE, ABD	50, 200, 300, 400	-	-	-	-
Risperidon	S, ABE	0.5, 1, 2, 4	0.5, 1, 2, 3, 4	Ja	-	25, 37.5, 50
Sertindol	S	4, 12, 16, 20	-	-	-	-
Ziprasidon	S, ABE	20, 40, 60, 80	-	Ja	20, 40	-
Ausgewählte Antipsychotika der ersten Generation						
Benperidol	S	2, 4, 10	-	Ja	2	-
Chlorpromazin	S, ABE	25, 50, 100	-	Ja	-	25, 50
Flupenthixol	S	0.5, 5	-	Ja	-	10 (2%), 20 (2%), 100 (10%)
Fluphenazin	S	1, 3, 4, 5, 6	-	Ja	5	12.5, 25, 50, 100, 250
Haloperidol	S, ABE	1, 2, 5, 10, 20	-	Ja	5	50, 100
Zuclopenthixol	S	2, 10, 25	-	Ja	50, 100	200

¹ Schizophrenie = S, Akute Bipolare Manisch/Gemischte Episode = ABE, Akute Bipolare Depression = ABD, Maintenance Treatment of Bipolar I Disorder = MTBD



Medikamentöse Therapie: Auswahl der Depotantipsychotika

Antipsychotikum (mit möglichem Handelsnamen)	Äquivalenzdosis zu Olanzapin (20mg oral)	Verfügbare Dosierungen (in mg)	Dosierungs- intervall (DI, in Tagen)	Dosierungsmultiplikationsfaktor ¹	Startdosis (in mg)
Paliperidon Palmitat (<i>Xeplion</i> ®)	▪ ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 ▪ 50 ▪ 75 ▪ 100 ▪ 150 	▪ 28	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 150 PP monatlich = 12mg /tgl. Paliperidon oral ▪ 75mg PP monatlich = 6mg/tgl. Paliperidon oral 	▪ 150
Risperidon Microspheres (<i>Risperdal Consta</i> ®)	▪ 50	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 ▪ 37.5 ▪ 50 	▪ 14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 RM alle 2 Wochen = 2 /tgl. Ris oral ▪ 37.5 RM alle 2 Wochen = 3-4 /tgl. Ris oral ▪ 50 RM alle 2 Wochen = 5-6 /tgl. Ris oral 	▪ Nach Dosis oral
Olanzapin Depot (<i>Zypadhera</i> ®)	▪ 300 (alle 2 Wochen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 150, ▪ 210, ▪ 300 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14 ▪ 28 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 150 = 10 oral ▪ 210 / 2 Wochen = 15 oral ▪ 405 / 4 Wochen = 15 oral ▪ 300 = 20 oral 	▪ Nach Dosis oral
Flupenthixol Decanoat (<i>Fluanxol Depot</i> ®)	▪ 40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (2%) – 10 (0.5ml) ▪ (2%) - 20 (1ml) ▪ (10%) – 100 (1ml) 	▪ 14	▪ 3-5	▪ 20
Fluphenazin Decanoat (<i>Dapotum Depot</i> ®)	▪ 25	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12.5 (0.5ml) ▪ 25 (1ml) ▪ 50 (0.5ml) ▪ 100 (1ml) 	▪ 14	▪ 2.5-6	▪ 12
Haloperidol Decanoat (<i>Haldol Decanoat</i> ®)	▪ 150	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 (1ml) ▪ 150 (3ml) 	▪ 28	▪ 10-15	▪ 50
Zuclopenthixol Decanoat (<i>Ciatyl-Z Depot</i> ®)	▪ 200	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 200 (1ml) 	▪ 14	▪ 5-10	▪ 100

¹ Dosierung des Depotantipsychotikums im Verhältnis zur oralen Form = Vorhergehende orale Dosierung x Multiplikationsfaktor.

² DI = Dosierungsintervall



Nebenwirkungen (I)

Kategorie	Dazugehörig
Akute extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Parkinsonoid (Rigor, Tremor, Akinese)▪ Akathisie
Spätdyskinesien (tardive Dyskinesien)	
Gewichtszunahme mit Risiko für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Adipositas▪ Dyslipidämie▪ Metabolisches Syndrom▪ Diabetes mellitus (Typ II)
Endokrinologische Störungen und sexuelle Funktionsstörungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Prolaktinanstieg▪ Galaktorrhoe▪ Gynäkomastie▪ Dys-/ Amenorrhoe
Kardiologische Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none">▪ QT-Verlängerung▪ Orthostatische Hypotonie
Andere Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Sedation▪ Malignes Neuroleptisches Syndrom▪ Agranulozytose



Nebenwirkungen (II)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Nebenwirkung	Halo- peridol	Ami- sulprid	Ari- piprazol	Asena- pin	Clo- zapin	Olan- zapin	Quetiapin IR/XR	Pali- peridon	Ris- peridon	Ser- tindol	Zipra- sidon
EPMS	+++	0–+	+	0–+	0	0–+	0–+	0–++	0–++	0–++	0–+
Tardive Dyskinesie	+++	(+)	?	?	0	(+)	?	(+)	(+)	(+)	?
Senkung der Krampfschwelle	+	0	(+)	0	++	0	0	0	0	0	0
Gewichtszunahme ³	+	+	+	++	+++	+++	++	++	++	+	0–+
Dyslipidämie	(+)	(+)	0	++	+++	+++	++	++	++	+	0
Glukose-Abnormalitäten	(+)	(+)	0	++	+++	+++	++	++	++	+	0
QTc-Verlängerung	(+)	(+)	0 (?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	++	+
Orthostatische Hypotonie	+	0	+	++	+++	(+)	++	(+)	(+)	0	+
Verstopfung	+	++	0	+	+++	++	+	++	++	0	0
Prolaktinerhöhung	+++	+++	0	(+)	0	(+)	(+)	++	++	(+)	(+)
Galaktorrhö	++	++	0	0	0	0	0	++	++	0	0
Dys-/Amenorrhö	++	++	0	(+)	0	0	(+)	++	++	0	0
Sedierung	+++	0–+	0	++	+++	+–++	++	+	+	0–(+)	0–(+)
Malignes neuroleptisches Syndrom (MNS)	(+)	?	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	?	?
Agranulozytose	0	0	0	0	+	0	0	0	0	0	0

Erklärungen:

¹ Häufigkeit und Schwere der Nebenwirkungen stammen von Informationen der pharmazeutischen Industrie, der FDA, entsprechender Literatur und verschiedenen Behandlungsrichtlinien (z. B. APA, CPA etc.).

² 0 = Kein Risiko, (+) gelegentlich, vielleicht keine Differenz zu Placebo, + = mild (weniger als 1 %), ++ = manchmal (weniger als 10 %), +++ = häufig (> 10 %), ? = keine Beurteilung möglich wegen fehlender Daten.

³ Gewichtszunahme während der ersten 6–10 Wochen: + = niedrig (0–1,5 kg), ++ = mittel (1,5–3 kg), +++ = hoch (> 3 kg).



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

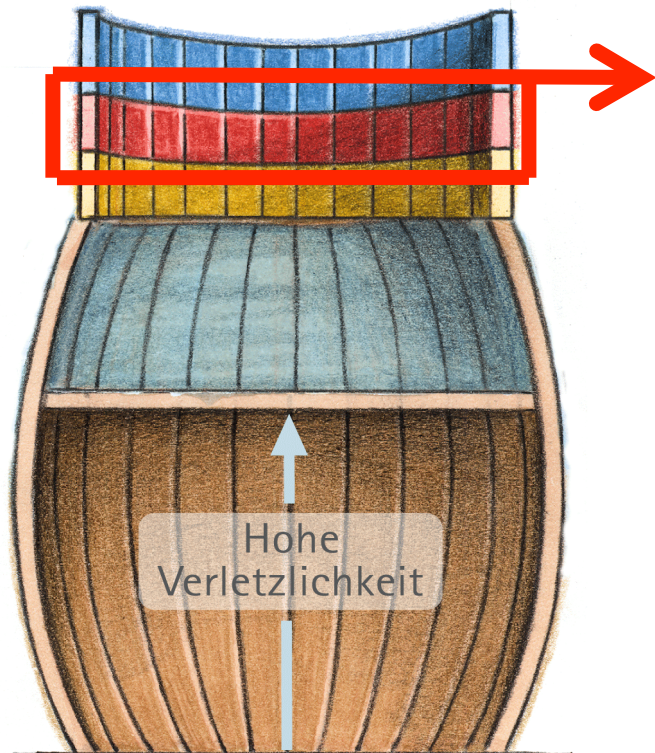


Therapie: Psychosoziale Therapien



Psychologische Therapien: Überblick

Überlaufschutz



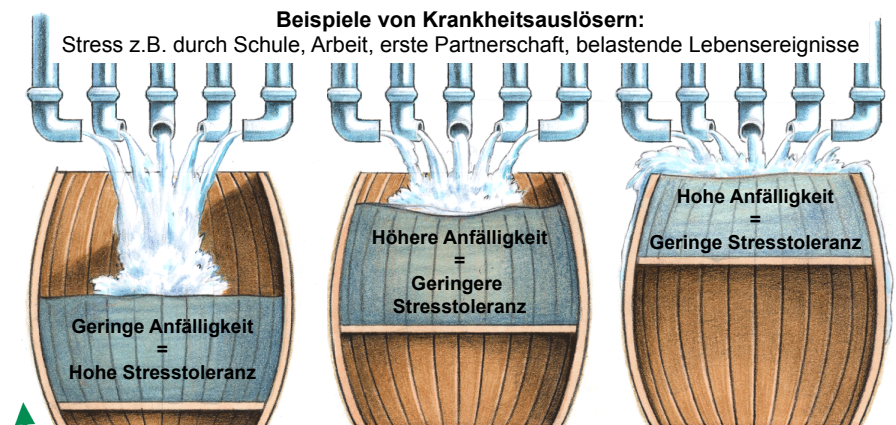
Psychologische Therapien (Bsp.)

Psychotherapien

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Familientherapie / -intervention

Therapieprogramme

- Psychoedukation (Betroffene, Angehörige, Prodrom)
- Soziales Kompetenztraining (SKT)
- Metakognitives Training (MKT)
- Kognitive Remediation (KR)



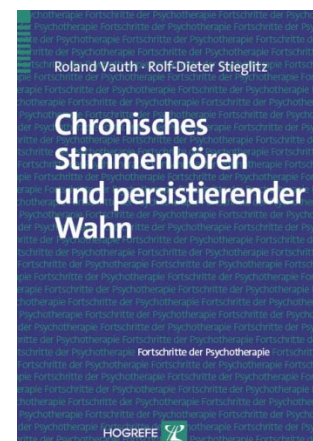
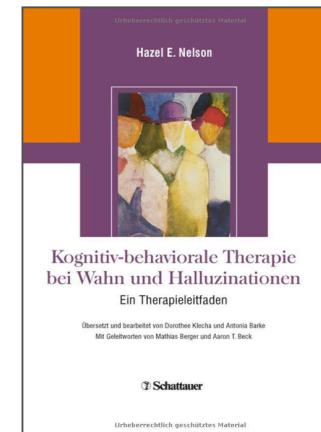
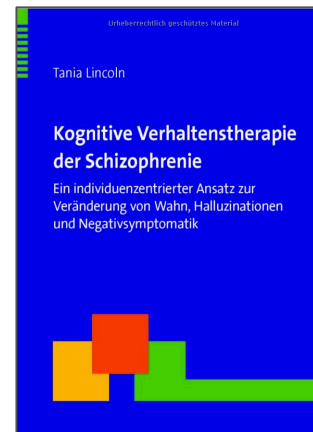


Kognitive Verhaltenstherapie

Ziele:

- Verbesserung von Wahn
- Verbesserung von Halluzinationen
- Verbesserung von Negativsymptomatik
- Verbesserte Rückfallverhinderung

Therapiemanuale (Beispiele):





Ziele:

- Verbesserung der Beziehungen und der Kommunikation in der Familie
- Verbesserte Aufklärung der Familie
- Entlastung der Familie
- Förderung von kompetenten Verhalten
- Förderung der Selbsthilfe
- Verbesserte Rückfallverhinderung

Therapiemanuale (Beispiele):



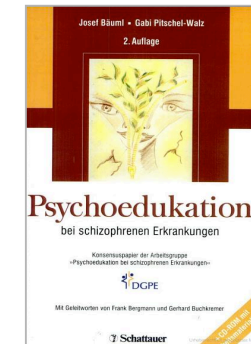
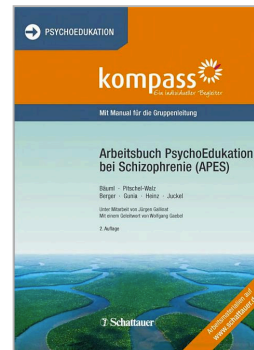


Ziele:

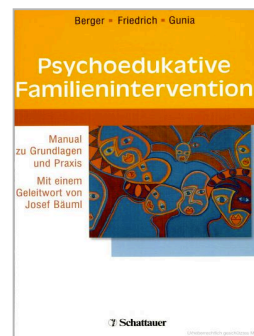
- Verbesserte Aufklärung und Wissen über die Erkrankung
- Emotionale Entlastung
- Unterstützung der Behandlung durch Förderung der Kooperation
- Verbesselter Umgang mit Stress
- Förderung der „Hilfe zur Selbsthilfe“

Therapiemanuale (Beispiele):

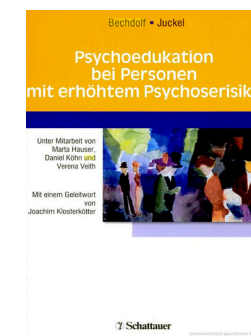
Psychose Erkrankte



Angehörige



Im Prodrom



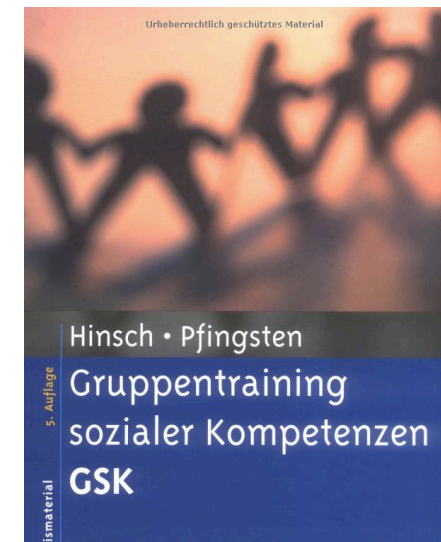
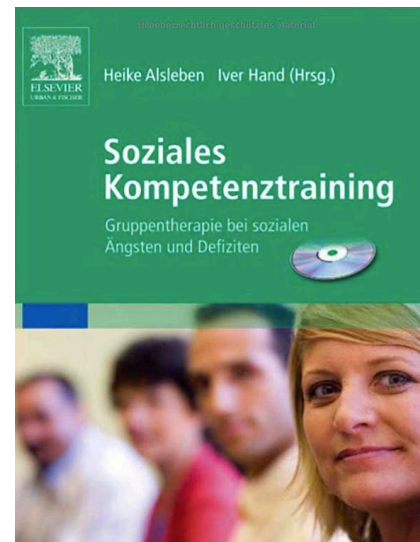


Soziales Kompetenztraining (SKT)

Ziele:

- Kontakte zu anderen Menschen kompetent gestalten können
- Ängstlichkeit in sozialen Situationen abbauen
- Gefühle offen zeigen können
- Persönliche Wünsche und Bedürfnisse äußern können
- Mit Kritik und Konflikten richtig umgehen können

Therapiemanuale (Beispiele):





Ziele:

- Verbesserung von Denkstilen, die mit Wahn assoziiert sind
- Metakognition: „Denken über das Denken“ (u.a. Beurteilung der eigenen Denkvorgänge)
- Ziel MKT: Stärkung metakognitiver Fähigkeiten bei Patienten mit (paranoider) Schizophrenie
- Strikt Theorie- und Empiriegestütztes Vorgehen

Therapiemanuale (Beispiele):



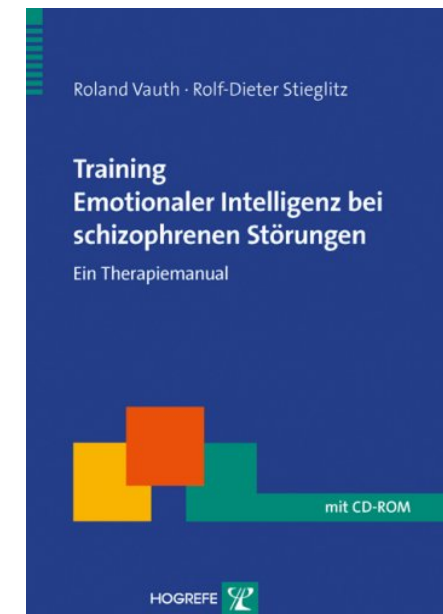


Kognitive Remediation (KR)

Ziele:

- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und dadurch
- Verbesserung der beruflichen Eingliederung,
- Verbesserung des Selbstbewusstseins,
- Verbesserung des Umgangs in sozialen Situationen

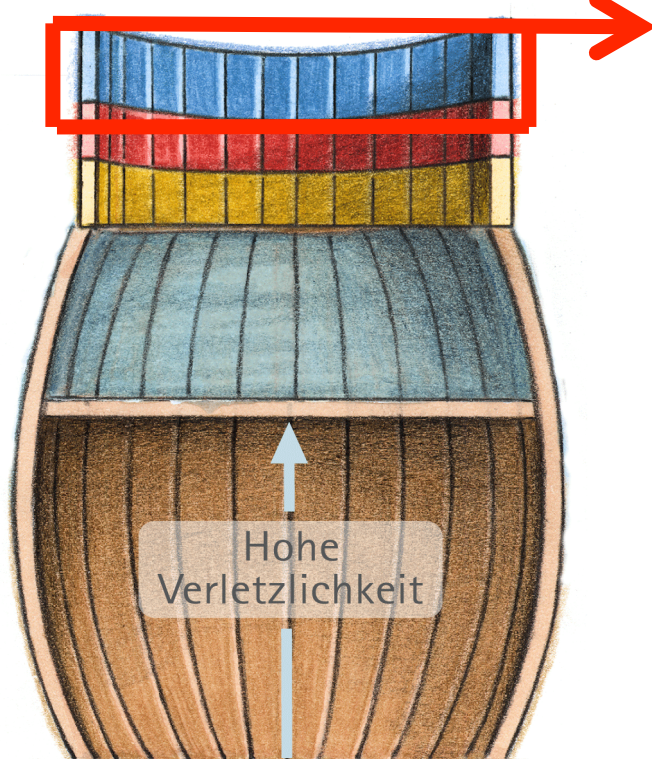
Therapiemanuale (Beispiele):





Soziale Therapien: Überblick

Überlaufschutz



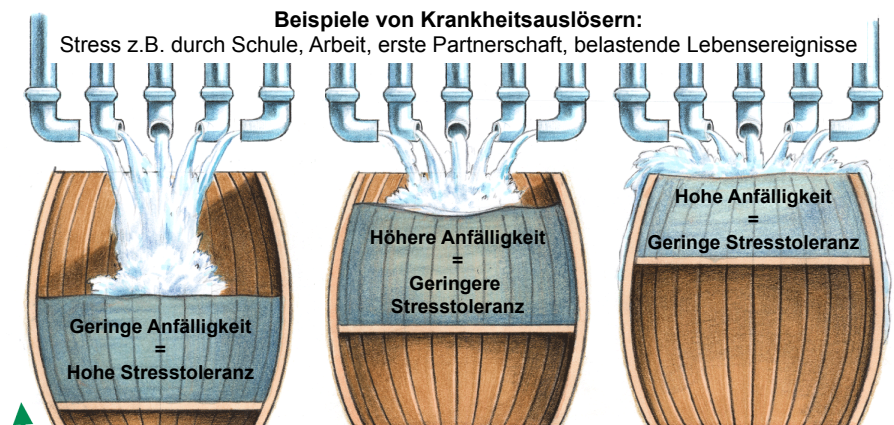
Soziotherapie / Selbsthilfe

Soziotherapie

- Sozialarbeit
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie

Selbsthilfe / Beratung

- Selbsthilfegruppen (Patient/Angehörige)
- Peer-to-Peer-Beratung
- Angehörigen-zu-Angehörigen-Beratung
- Internet / Broschüren





Soziotherapie

Soziotherapie

Sozialarbeit

- Wird durch Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen durchgeführt
- Hilft bei der Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme, z.B. Probleme am Arbeitsplatz, finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme, Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen, beruflicher Wiedereingliederung oder Betreutem Wohnen.
- Hilft Betroffenen und Angehörigen
- Fördert „Hilfe zur Selbsthilfe“

Ergotherapie

- Wird durch Ergotherapeuten durchgeführt
- Ziele sind Entwicklung, Verbesserung bzw. Erhalt von (u.a.):
 - Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung
 - Situationsgerechtem Verhalten
 - Realitätsbezogenheit
 - Psychischer Stabilität und Selbstvertrauen
 - Eigenständiger Lebensführung und Grundarbeitsfähigkeit

Arbeitstherapie

- Wird zumeist durch Ergotherapeuten durchgeführt
- Stufenweise Heranführung an die Anforderungen des Arbeitslebens
- Unter therapeutischer Anleitung sollen z.B. Selbstvertrauen, Übernahme von Verantwortung, Belastbarkeit und Konzentration, Anpassungs- und Ausdauerfähigkeiten, Gewöhnung an Zeitstrukturen, Teamarbeit und das Erfassen von Arbeitsvorschriften gefördert und gefestigt werden



Ziele:

- Gegenseitige Unterstützung
- Erfahrungsaustausch von Betroffenen und oder Angehörigen
- Einblick in den Umgang anderer Menschen mit der Erkrankung
- Möglichkeit der „emotionalen Anlehnung“
- Wirkt einer möglichen sozialen Isolation entgegen
- Hilft bei der Bewältigung sozialer und persönlicher Belastungen

Formen (Beispiele):

Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige

Psychosen-Seminar („trialogisches“ Diskussionsforum zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis)

Peer-to-Peer-Beratung oder Angehörigen-zu-Angehörigen-Beratung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

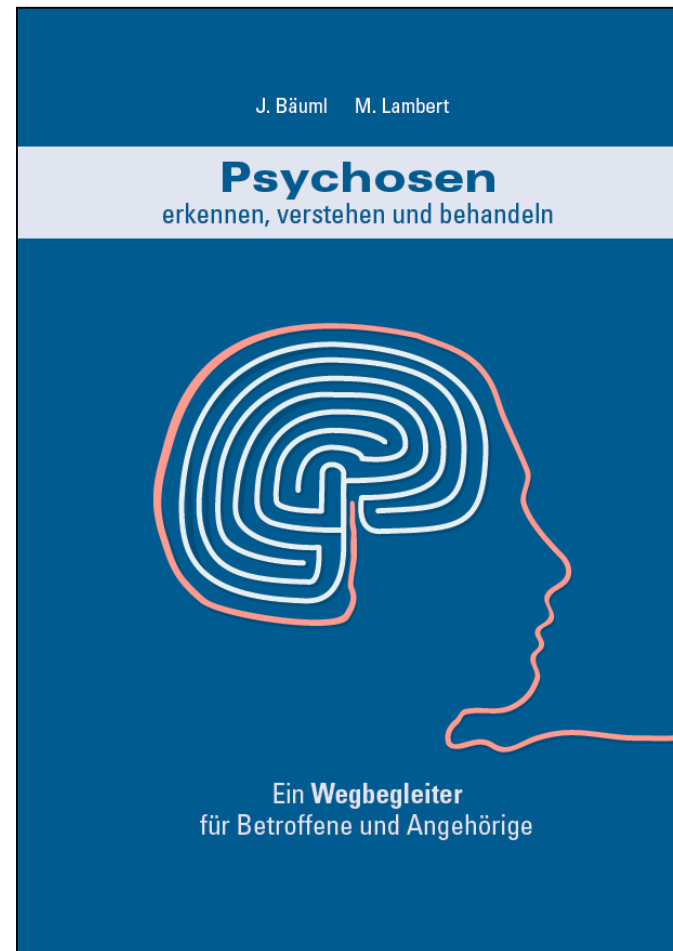
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Internet / Broschüren

Selbsthilfe im Internet:



Selbsthilfe Broschüren





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Verlauf und Prognose



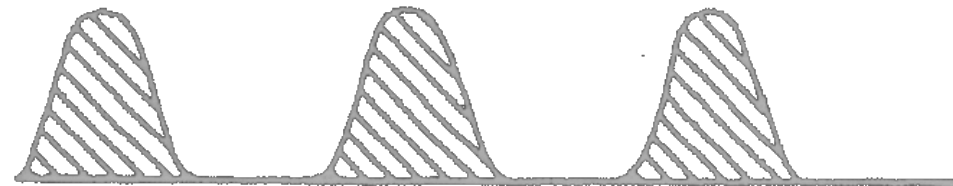
Verlaufstypen schizophrener Störungen



Nur eine Episode
Kein Residuum

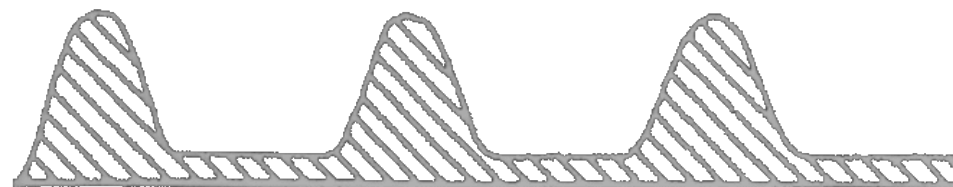
A (<%) B (<%)

16 23



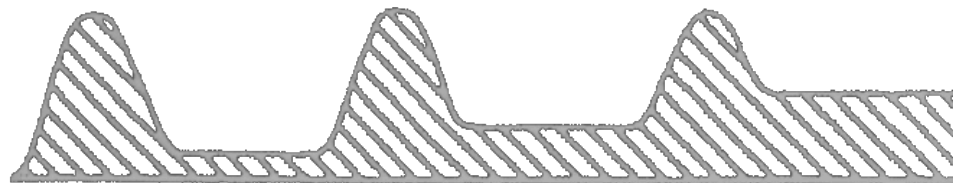
Mehrere Episoden mit
keinem oder minimalem
Residuum

32 35



Residuum nach der ersten
Episode mit Exazerbationen
ohne Rückkehr zur Normalität

9 8



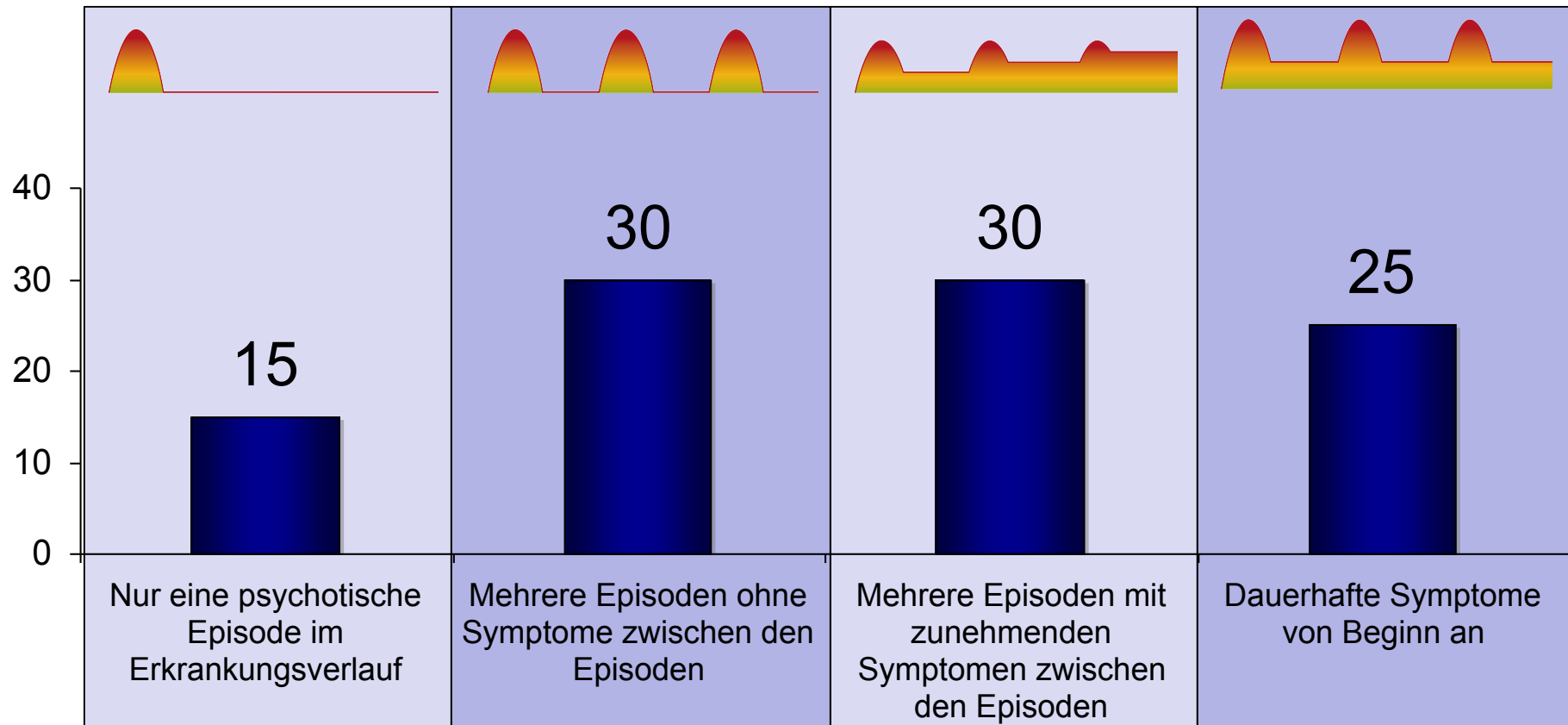
Mit jeder Episode
zunehmendes Residuum und
ohne Rückkehr zur Normalität

43 33

A: Gesamt-Sample B: Ersterkrankung



Verlaufstypen schizophrener Störungen



■ Häufigkeit in % bei 486 Patienten über 6 Jahre



Remission und Recovery Definitionen

Kriterien	Remission (Dauer: ≥ 6 Monate) ^{1,2}	Recovery (Dauer: ≥ 2 Jahre) ^{3,4}
Symptomatik	Nur milde Symptome im Bereich positiver und negativer Symptome	Nur milde Symptome im Bereich positiver und negativer Symptome
Funktion	1. Arbeitsfähigkeit 2. Fähigkeit, unabhängig zu leben 3. Regelmäßige soziale Kontakte	1. Arbeitsfähigkeit 2. Fähigkeit, unabhängig zu leben 3. Regelmäßige soziale Kontakte
Währenddessen	Keine erneute psychotische Episode	Keine erneute psychotische Episode

1. Leucht et al. J Clin Psychiatry 2009; 119: 7-14.

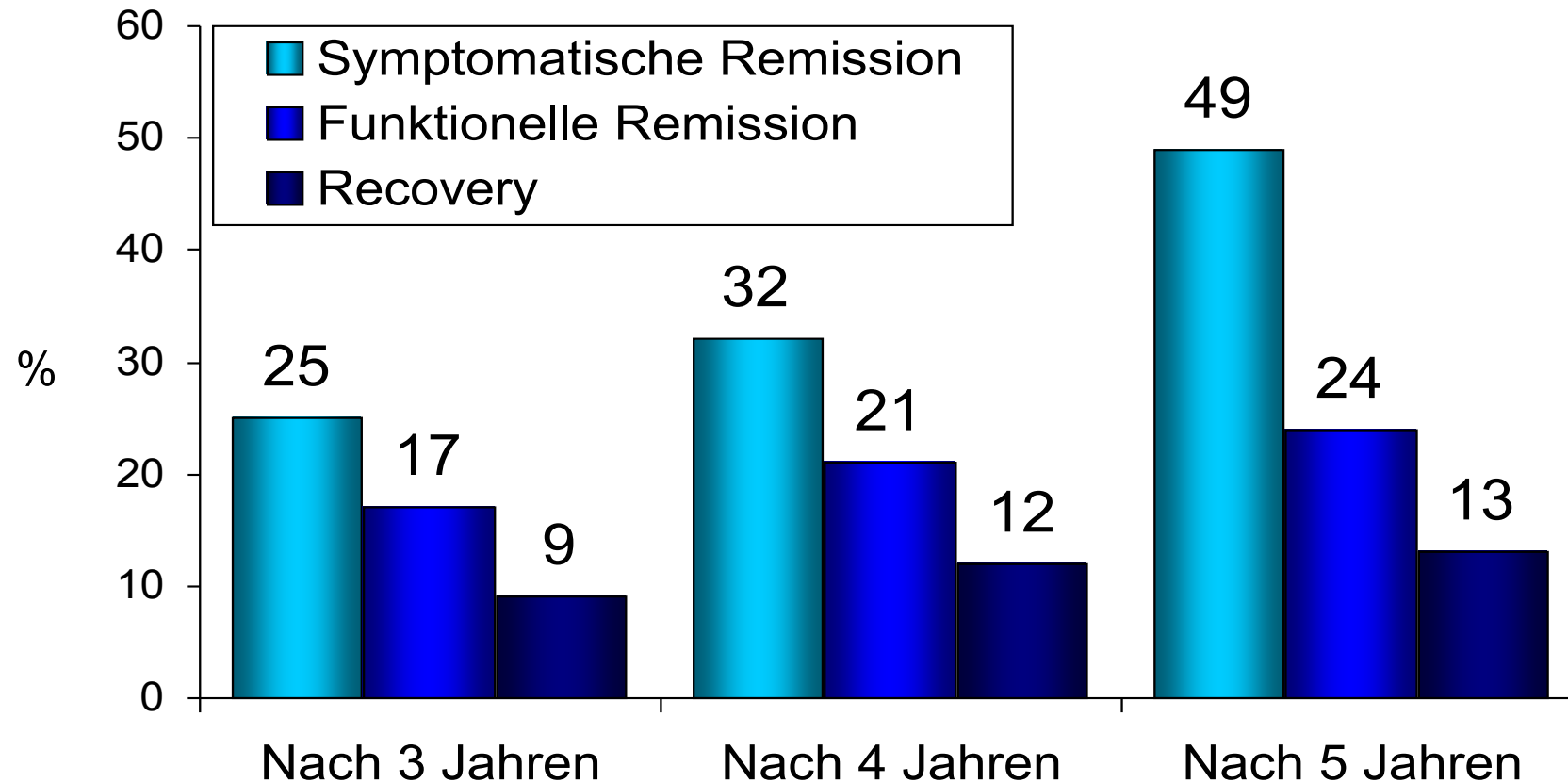
2. Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005; 162: 441-449.

3. Liberman & Kopelowicz. Psychiatr Serv 2005; 56: 735-42.

4. Lieberman et al. Psychiatric Services 2008; 59: 487-496.



Remission und Recovery bei Ersterkrankten über 5 Jahre



Quelle: Robinson et al. Am J Psychiatry 2004; 161: 473-479.



Prädiktoren für einen „guten“ Verlauf

- 1) Älteres Ersterkrankungsalter (später als 25. Lebensjahr)
- 2) Eine kurze Psychosephase (kurze Dauer der unbehandelten Psychose)
- 3) Ein gutes Funktionsniveau vor Ausbruch der Erkrankung (gut in Schule / Beruf und Sozialverhalten)
- 4) Kein fortwährender Drogen / Alkoholgebrauch
- 5) Kein Abbruch der Gesamtbehandlung
- 6) Kein Abbruch bzw. regelmäßige Adhärenz mit der medikamentösen Therapie
- 7) Schnelle Remission der Symptome und keine Rückfälle
- 8) Eine hochqualitative und spezialisierte Behandlung in Bezug Pharmakotherapie, Psychotherapie, Selbsthilfe



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php