

Junge Menschen mit Psychosen begleiten

Das Praxisbuch zum FRITZ

Andreas Bechdorf
Karolina Leopold
Anja Lehmann
Eva Burkhardt



Andreas Bechdolf, Karolina Leopold,
Anja Lehmann, Eva Burkhardt
Junge Menschen mit Psychosen begleiten
Das Praxisbuch zum FRITZ

Psychiatrie
Verlag 



Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Köln und der University of Melbourne. Er ist Chefarzt der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Am Urban und des Vivantes Klinikums im Friedrichshain in Berlin.



PD Dr. med. habil. Karolina Leopold ist Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Am Urban und leitet das FRITZ-Projekt.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Anja Lehmann ist leitende Psychologin der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Am Urban und des Vivantes Klinikums im Friedrichshain in Berlin.



Dr. med. Eva Burkhardt ist Ärztin in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Am Urban und der University of Melbourne.

Andreas Bechdorf, Karolina Leopold,
Anja Lehmann, Eva Burkhardt

Junge Menschen mit Psychosen begleiten

Das Praxisbuch zum FRITZ

Mitarbeit

Navid Aliakbari

Alissa Bousselmi

Heike Drescher

Marita Fried

Tobias Hellenschmidt

Dorothea Jäckel

Michèle Kallenbach

Ali Karatas

Stefan Knoepfler

Florian Kunze-Forest

Stefanie Leopold

Maggie

Emilio Velasquez

Andreas Bechdorf, Karolina Leopold, Anja Lehmann, Eva Burkhardt
Junge Menschen mit Psychosen begleiten
Das Praxisbuch zum FRITZ

1. Auflage 2022

ISBN: 978-3-96605-114-9

ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-119-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

 Alle Arbeitsmaterialien stehen im Internet zum Download zur Verfügung unter:
<https://psychiatrie-verlag.de/product/junge-menschen-mit-psychoesen-begleiten/>

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2022

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Karin Koch, Köln

Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln

unter Verwendung eines Fotos von Pixel-Shot /shutterstock.com

Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Druck & Medien Plump GmbH, Rheinbreitbach

Vorbemerkung	8
---------------------	----------

Erfahrungen von Betroffenen	11
------------------------------------	-----------

»Wenn man einmal die Kontrolle über die eigenen Gedanken verloren hat, ist nichts mehr, wie es vorher war«	11
--	-----------

»Ich bin nicht krank, ihr seid krank!«	12
--	-----------

GRUNDLAGEN

Warum Angebote für junge Menschen mit ersten psychotischen Episoden?	15
---	-----------

Psychotische Episoden als einschneidende Lebensereignisse	15
---	-----------

Herausforderungen der Behandlung erster psychotischer Episoden	17
--	-----------

Wünsche von Betroffenen an die Behandlung	18
---	-----------

Entwicklung spezialisierter Angebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden	20
---	-----------

Evidenz spezialisierter Angebote	20
----------------------------------	-----------

Mögliche Risikokonstellationen	21
--------------------------------	-----------

Geht das auch im deutschen Gesundheitssystem?	27
---	-----------

Erste psychotische Episoden verstehen	29
--	-----------

Phasencharakter von Psychosen	29
-------------------------------	-----------

Wie nennen wir's? Diagnostische Kategorien als Hypothesen	41
---	-----------

Wer erlebt erste psychotische Episoden? Entwicklungspsychologische Aspekte	48
--	-----------

Hilfreiche Annahmen und therapeutische Konzepte	59
--	-----------

Haltung und Handlung	59
----------------------	-----------

Beziehungserleben in psychotischen Episoden	64
---	-----------

Was heißt behandeln?	77
-----------------------------	-----------

Ein multiprofessionelles und modulares Angebot	77
--	-----------

Motivationsentwicklung als Phasenmodell	78
---	-----------

Hierarchie der Therapieziele	80
------------------------------	-----------

Behandlungsfokusse in der Begleitung von Menschen mit Psychoseerfahrungen	82
---	-----------

Berufliche und Ausbildungsziele unterstützen	93
--	-----------

Tun statt sprechen	97
--------------------	-----------

Dabei sein: Genesungsbegleitung	98
---------------------------------	-----------

PRAXIS

Inanspruchnahme von Angeboten erleichtern	104
Öffentlich über psychische Gesundheit reden	104
Angebote vorstellen: Vernetzung und Austausch	107
In Kontakt kommen erleichtern: Einladungen und Wegweiser	110
In Kontakt bleiben erleichtern	114
Chancen der Einzelkontakte	122
Psychotherapeutisches Arbeiten	123
Fokus 1: Vertrauen aufbauen, Orientierung geben und Motivation fördern	126
Fokus 2: Gemeinsame Anliegen finden	130
Fokus 3: Krisen verstehen und Verantwortung teilen	133
Fokus 4: Identität und Autonomie fördern	138
Chancen der Gruppenangebote	144
Wirkfaktoren von Gruppen	145
Phasen der Gruppenarbeit	147
Risiken von Gruppenangeboten	150
Gruppenangebote im klinischen Kontext	151
Gruppen außerhalb des Klinikkontextes	160
Gruppenangebote und Therapiefokus	162
Netzwerke einbeziehen und unterstützen	171
Die offene Visite	173
Informations- und Austauschangebote für Bezugspersonen	173
Der gemeinsame Krisenplan	180
StäB: Behandlung zu Hause	186
Chancen medizinischer Angebote	189
Körperliche Gesundheit fördern	189
Mit Medikamenten die Autonomie stärken	196
FRITZ implementieren, weiterentwickeln und aufrechterhalten	209
Bedingungen des Changemanagements	210
Ausblick	220
Literatur	223

DOWNLOADMATERIALIEN

Phasen einer psychotischen Episode

Identifizierung von Frühwarnzeichen

Klinische Merkmale, Beziehungsgestaltung, Behandlungsziele und -optionen
in den Phasen einer psychotischen Episode

Hilfreiche Haltungsmerkmale und Handlungsprinzipien

Teamaufgaben und Interventionen bei Fokus 1:

Vertrauen aufbauen, Orientierung geben und Motivation fördern

Teamaufgaben und Interventionen bei Fokus 2: Gemeinsame Anliegen finden

Teamaufgaben und Interventionen bei Fokus 3:

Krisen verstehen und Verantwortung teilen

Teamaufgaben und Interventionen bei Fokus 4: Identität und Autonomie fördern

Gefühle, ihre Funktion und mögliches Verhalten

Vorgehen bei einem Krisenplan

Literaturverzeichnis

Die Materialien finden sich auf

<https://psychiatrie-verlag.de/product/junge-menschen-mit-psychosen-begleiten/>,
den Zugangscode finden Sie auf Seite 33.

Vorbemerkung

Dieses Buch richtet sich an ein vielfältiges Publikum: an Menschen, die im Rahmen ihrer Arbeit jungen Leuten mit ersten psychotischen Episoden begegnen, aber auch an Personen, die selbst oder im Familien- und Freundeskreis Erfahrung mit psychotischen Krisen gemacht haben. Geschrieben wurde das Buch jedoch zu großen Teilen von Professionellen mit ärztlicher oder psychologischer Ausbildung. Es ist uns bewusst, dass unser Blick durch unsere berufliche Rolle geprägt ist, trotz der Zusammenarbeit mit Peermitarbeitenden und unseres eigenen Bemühens um die Einbeziehung der Perspektiven von Menschen mit Psychoseerfahrung. Wir sehen dies als Limitation, aber nicht als Hindernis für das Verfassen dieses Buches – wir möchten gern einiges weitergeben, was wir über die bestmögliche Unterstützung für Menschen mit ersten psychotischen Episoden gelernt haben, erheben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

An vielen Stellen sind Kompromisse und Beschränkungen nötig. Beispielsweise waren Entscheidungen über eine geeignete inklusive und nicht diskriminierende Sprache mit einem Ringen um bestimmte Begriffe verbunden, von denen hier nur einige wenige genannt werden sollen. Zentral war die Frage, wie wir von denjenigen sprechen sollten, an die sich unsere Angebote richten. Wir haben uns dafür entschieden, so weit wie möglich auf den Begriff »Patient*in« zu verzichten, da er aus unserer Sicht eine hierarchisch und durch den Krankheitsbegriff geprägte Perspektive impliziert.

Formulierungen wie »Menschen mit Psychoseerfahrung« oder »Psychiatrieerfahrene« erschienen uns im Kontext eines Buchs über Angebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden nicht passend, da Personen in dieser Situation meistens noch keine Erfahrung mit solchen Erlebensweisen und Behandlungsangeboten haben. Gerade wenn es nicht im engeren Sinne um die Auswirkung psychotischer Erlebensweisen geht, verwenden wir vorwiegend den bewusst unscharfen Oberbegriff »junge Menschen«. Wenn von »Betroffenen« die Rede ist, ist dies gemeint im Sinne von »denjenigen, die psychotische Episoden erleben«, »denjenigen, die von einer psychischen Krise betroffen sind«. Assoziationen mit »betroffen zu Boden schauen« oder »Betroffenheitsmiene« sind leider möglich, von uns aber nicht beabsichtigt. Uns ist bewusst, dass nicht nur die Menschen in psychotischen Krisen »betroffen« sind, sondern

auch Menschen aus deren familiärem, freundschaftlichem oder beruflichem Umfeld und auch wir als Mitglieder eines therapeutischen Teams.

Auch ein Wort wie »Behandlung« ist häufig passiv konnotiert, gemeint sind hier Behandlungsangebote, die ein gemeinsames Handeln zum Ziel haben. Es ist uns dabei wichtig, die Unterstützungsmöglichkeiten und Perspektiven verschiedener Berufsgruppen sichtbar zu machen. Der Begriff des »therapeutischen Teams« schließt alle Mitarbeitenden ein, die im Rahmen der Behandlung mit jungen Menschen in Kontakt kommen.

Viele der klinischen Beispiele stammen aus dem stationären Kontext, was damit zusammenhängt, dass die Station das erste Element des FRITZ (Frühinterventions- und Therapie-Zentrum) war, welches umgesetzt werden konnte. Im Laufe der Zeit kamen ambulante, aufsuchende und teilstationäre Angebote hinzu, die heute gleichwertige Alternativen darstellen und in allen Phasen der Behandlung zur Verfügung stehen.

Das Buch ist in die drei Abschnitte Grundlagen, Praxis und Implementierung gegliedert. In den Grundlagen-Kapiteln setzen wir uns mit der Grundidee von Frühintervention für Menschen mit psychotischen Krisen und dem aktuellen Forschungsstand hierzu auseinander. Zudem werden Modelle zum Verständnis psychotischer Episoden und zu entwicklungspsychologischen Aspekte von Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter vorgestellt. Aus diesen Grundlagen leiten wir unsere therapeutische Haltung ab und diskutieren, wie diese Haltung sich in konkreten Behandlungsansätzen zeigen kann.

Die Kapitel im Praxis-Abschnitt setzen sich mit den unterschiedlichen Bestandteilen der FRITZ-Angebote auseinander. Dies sind zunächst Strategien und strukturelle Rahmenbedingungen, die den initialen Kontakt mit Hilfsangeboten erleichtern und das Risiko von Kontaktabbrüchen reduzieren. Im nächsten Schritt werden die therapeutischen Möglichkeiten von Einzelkontakten und Gruppenangeboten vorgestellt sowie medizinische Behandlungsangebote. Parallel findet die Arbeit mit Bezugspersonen der Betroffenen statt, für die es in den verschiedenen Phasen der Behandlung eigene Angebote gibt.

Im letzten Teil des Buches geht es um die Wege zur Implementierung eines Behandlungsangebots für junge Menschen mit ersten psychotischen Episoden sowie die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Modells.

Zur Idee, Etablierung und Weiterentwicklung von FRITZ und zum vorliegenden Buch haben viele Menschen beigetragen, denen unser Dank gebührt. In erster Linie sind dies die Mitglieder des FRITZ-Teams, aber auch die Geschäftsführung des Vivantes Klinikums Am Urban, Herr Dr. Danckert und Frau Gabel, sowie die Mitarbeitenden und Vorsitzenden der Vivantes

Geschäftsführung, Frau Dr. Grebe, Herr Dr. Thombansen und Frau Erz, ohne deren Unterstützung einige Aspekte des FRITZ-Konzepts nicht umsetzbar gewesen wären.

Nicht zuletzt möchten wir uns bei Annabelle (19), Jo (25) und Moritz (23) bedanken, drei jungen Menschen mit Behandlungserfahrung im FRITZ. Alle drei haben uns erlaubt, wörtliche Zitate aus unseren Gesprächen mit ihnen in diesem Buch zu verwenden, und sie werden Ihnen so beim Lesen immer wieder begegnen.

Erfahrungen von Betroffenen

»Wenn man einmal die Kontrolle über die eigenen Gedanken verloren hat, ist nichts mehr, wie es vorher war«

Maggie, 26

Fast fünf Jahre hat es gedauert, bis mein Selbstbewusstsein wieder einigermaßen auf der Höhe war. Es ist natürlich nicht so hoch wie während meiner Psychose, als alles möglich schien, aber ich bin wieder in der Lage, meinen Alltag zu bewältigen und mich (auch beruflichen) Herausforderungen zu stellen. Das verdanke ich nicht zuletzt dem FRITZ-Team.

Als ich nach meiner ersten Psychose gerade frisch aus dem Krankenhaus entlassen war, kam ich erstmals ins Urban-Krankenhaus. Dank der Empfehlung einer Assistenzärztin hatte ich einen Termin in der PIA erhalten, wo ich in der folgenden Woche vorstellig werden sollte. Doch ich hatte die Entlassung nicht gut weggesteckt. Im Gegenteil, ich stürzte in so ein tiefes Loch wie noch nie in meinem Leben. Alles, woran ich geglaubt hatte, war mir unter den Füßen weggezogen worden, und so richtig bewusst wurde mir das erst, als ich wieder zu Hause war. Ich saß allein in meiner Wohnung und starrte die Wand an.

Weil ich irgendetwas tun musste, ging ich ins Urban-Krankenhaus. In die Notaufnahme. Und bekam einen Platz auf der FRITZ-Station. Dort konnte ich den Schock erst einmal verarbeiten, und nach einer Woche wurde mir klar, dass es von mir abhängt, ob alles wieder gut wird.

Wenn man einmal die Kontrolle über die eigenen Gedanken verloren hat, ist nichts mehr, wie es vorher war. Wenn du dir selbst nicht mehr vertrauen kannst, wem bitte dann? Und so musste ich vor allem lernen, anderen Menschen zu vertrauen. Hilfe anzunehmen. Mich selbst nicht so wichtig zu nehmen.

Ohne meine Familie hätte ich das bestimmt nicht gepackt. Aber auch die PIA und die Therapie waren ein Anker. Ich hatte Glück und bekam schnell einen Therapieplatz. Es war alles neu für mich! Ich hatte mich immer für eine reflektierte Person gehalten, aber wenn sich die Selbstreflexion mit Wahnvorstellungen paart, erfährt man auch viel über das Universum, das in jedem

Einzelnen von uns steckt. Fakt ist: Meine Psychosen waren horizonterweiternde Erlebnisse und ich bin sehr dankbar, dass ich sie erleben durfte.

In dem Krankenhaus, wo ich zuerst war, beendete man meine Reise jedoch auf sehr unsanfte Weise. Ich wurde fixiert, ruhiggestellt und aus meinen Träumen gerissen. Daher war ich auch so orientierungslos, als ich wieder zu Hause war. Bei meiner zweiten Psychose im Urban-Krankenhaus war das ganz anders. Da ließ man mich meine getanzten Fantasien ausleben. Ich weiß nicht, ob es drei Tage waren oder eine Woche, die ich allein in einem Raum verbracht habe, aber der Film endete irgendwann von selbst und ich war bereit, wieder unter Leute zu gehen. Es war nicht so ein Schock wie beim ersten Mal.

Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhielt ich viel Unterstützung. Bis heute habe ich alle vier bis sechs Wochen einen Arzttermin, bei dem ich alles ansprechen kann, was mich bewegt.

Auch das Jobcoaching hilft mir sehr. Es geht dabei nicht darum, möglichst schnell in die Berufstätigkeit gebracht zu werden, das hat bei mir praktisch von selbst geklappt, sondern viel mehr darum, ein ausgefülltes Leben zu führen und auch einen Ausgleich zur Alltagsroutine zu finden. Es ist in jedem Fall ein ganzheitliches Konzept, das den Menschen und seine individuellen Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellt.

»Ich bin nicht krank, ihr seid krank!«

Ali Karatas, 25

Das war meine Reaktion auf die versammelte Mannschaft von Ärzten und Therapeuten, als ich das erste Mal mit einer akuten Psychose in die geschlossene Psychiatrie kam.

Ich bin bipolar I und hatte schon drei Episoden mit schwerem Verlauf. Erst die Manie, dann starke Depressionen. Im Gegensatz zu meinen manischen Phasen, die sehr aufregend waren und wie im Rausch vergingen, verliefen die depressiven Episoden sehr hart und langwierig. Gewichtszunahme, dunkle, ausweglose Gedanken, die sich wie im Karussell drehen, und ständig schlechte Laune standen jeden Tag auf dem Programm. Eine Abwärtsspirale, die Richtung Selbsthass und Suizid führen kann. Eines Tages sah ich alte Bilder von mir an und erkannte mich selbst nicht mehr. Was war aus mir geworden? Ein Mensch, der in Selbstmitleid ertrank.

Immer, wenn es so schwer erträglich wurde, suchte ich den Kontakt zu meiner Psychiaterin, die mich medikamentös optimal dosierte, sodass ich mich

irgendwann wieder aus der Wohnung wagte und etwas Lebensfreude fand. Diesen Impuls nutzte ich als Sprungbrett, um wieder Sport zu machen. Ich sammelte meine ganze Kraft und fokussierte mich darauf, nicht nachzudenken, ob ich Sport machen sollte oder nicht, sondern es einfach zu tun. Ich stand täglich auf, zog meine Joggingsachen an und verließ die Wohnung, so schnell ich konnte, bevor das Grübeln anfang. So fühlte ich mich von Tag zu Tag besser. Ich verlor Gewicht und mein Wohlbefinden steigerte sich. Umso mehr ich mich von Drogen, Koffein und Stress fernhielt, desto besser ging es mir.

Am Anfang habe ich mich sehr schwer mit meiner Erkrankung getan, doch als ich sie akzeptierte und mich aktiv entschied, trotzdem ein schönes, erfülltes Leben zu führen, fing der Kampf an, der bis heute und wahrscheinlich für immer andauern wird.

Die FRITZ-Station und die Menschen dort waren die perfekte Anlaufstelle, als es mir schlechter ging. Ihnen verdanke ich, dass ich ein Studium angefangen habe und wieder eine Perspektive bekommen habe. Sie haben mich immer verstanden und mir immer wieder hochgeholfen.



GRUNDLAGEN

Warum Angebote für junge Menschen mit ersten psychotischen Episoden?

In psychotischen Episoden verändern sich häufig das Denken und die Wahrnehmung, oft auch Antrieb und Stimmung. Für die Betroffenen heißt das, dass sie Aspekte ihrer Umgebung als verändert erleben, auf eine Art, die verwirrend, irritierend, bedrohlich oder manchmal auch faszinierend sein kann.

JO »Ich war dann eine Fee, die zaubern konnte, und habe Blumen gegessen. Der Tiergarten war mein Reich – ich war die Elfenkönigin.«

Diese Prozesse können von Außenstehenden nahezu unbemerkt ablaufen, oft haben sie jedoch Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen, beispielsweise auf ihre Beziehungen in der Schule oder am Arbeitsplatz. Meistens ist es diese sichtbare Spitze des Eisbergs, die den Anstoß für die Suche nach Unterstützung gibt.

ANNABELLE »Erst hatte ich schon ein bisschen das Gefühl, dass irgendwelche Leute was von mir wollen. Dann wurde es plötzlich viel stärker. Ich wusste: Jemand will mir etwas tun, und überall waren Zeichen und Symbole dafür. Ich bin den Leuten ausgewichen. Gespräche haben sich nicht mehr ergeben.«

Psychotische Episoden als einschneidende Lebensereignisse

Eine erste psychotische Episode erleben Menschen meistens in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter (KESSLER u. a. 2007). In dieser Zeit, in die für die meisten jungen Menschen der Abschluss der Schullaufbahn, die berufliche Orientierung, erste Erfahrungen mit Partnerschaft und Sexualität und die Ablösung vom Elternhaus fallen, kann eine psychische Krise schwerwiegende Auswirkungen haben. Beispielsweise haben bis zu 50 % der Menschen, die eine erste psychotische Episode erleben, die Schule ohne Abschluss verlassen (BOWMAN u. a. 2017). Schon zum Zeitpunkt einer ersten Behandlung im Krankenhaus haben Menschen mit psychotischen Symptomen seltener als Gleichaltrige

ein eigenes Einkommen, eine Arbeitsstelle oder eine stabile Partnerschaft (HÄFNER u. a. 2003; RINALDI u. a. 2010). Auch vor diesem Hintergrund gehören psychotische Erkrankungen, vor allem Schizophrenie und bipolare Störungen, in der Gruppe der 10- bis 24-Jährigen zu den fünf wichtigsten Ursachen von gesundheitlich bedingten Einschränkungen (disability-adjusted life-years, DALYs) und eines vorzeitigen Todes (GORE u. a. 2011).

Von ersten psychotischen Episoden spricht man, wenn Schweregrad und Dauer psychotischer Symptome die diagnostische Schwelle der etablierten Klassifikationssysteme DSM oder ICD überschreiten. Auch heute noch vergeht im Durchschnitt mehr als ein halbes Jahr zwischen dem Beginn einer psychotischen Episode und dem Beginn einer Behandlung (LEVI u. a. 2020). Das kann dem Stigma psychischer Erkrankungen und der Psychiatrie geschuldet sein, aber auch der Schwere aktueller psychotischer und depressiver Symptome (MUESER u. a. 2020). Viele Betroffene und ihr Umfeld sind auch überfordert und ratlos, da ihnen das Wissen über psychische Erkrankungen und Behandlungsangebote fehlt.

10 »Ich glaube, ich wollte Hilfe, war mir aber unsicher, ob es mir schlecht genug geht.«

Durch die Verzögerung des Behandlungsbeginns erleben die Betroffenen für längere Zeit psychotische Symptome, die häufig belastend sind und sich auf alle Bereiche des täglichen Lebens auswirken können. Außenstehende können die Veränderungen der Gedankengänge und des Verhaltens oft weder einordnen noch verstehen, was für die Betroffenen zu Gefühlen von Einsamkeit und Isolation führen kann. Zudem ist der Inhalt psychotischer Symptome häufig angstbesetzt, sodass während der akuten Psychose der Eindruck einer realen Bedrohung für das Leben der Betroffenen selbst oder ihnen nahestehender Personen entstehen kann. Diese Erfahrung kann selbst nach Abklingen der akuten Psychose Symptome einer Trauma-Folgestörungen hervorrufen, bis hin zur Manifestation einer posttraumatischen Belastungsstörung (BENDALL u. a. 2007; MCGORRY u. a. 1991; SHAW u. a. 1997).

10 »Ich dachte, dass ich Gott wäre, um in einem Moment die Welt zu retten. Alle waren böse, die ganze Welt. Die Nazis waren noch an der Macht.«

Eine lange Dauer unbehandelter Psychosen stellt einen Risikofaktor für länger anhaltende Symptome auch nach Beginn einer Behandlung dar und ist mit einem insgesamt ungünstigeren Krankheitsverlauf mit stärker ausgeprägten Antriebs- und Motivationsstörungen (sogenannte Negativsymptomatik)

assoziiert (BOONSTRA u. a. 2012; PENTTILÄ u. a. 2014). Es ist dabei hervorzuheben, dass nicht nur der Start einer medikamentösen Behandlung, sondern auch ein möglichst früher Beginn von psychosozialer Unterstützung entscheidend für die längerfristige positive Entwicklung der Betroffenen ist (DE HAAN u. a. 2003).

Herausforderungen der Behandlung erster psychotischer Episoden

Zwar erleben 80–90 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres nach Behandlungsbeginn ein Abklingen von Symptomen wie Wahnideen und Wahrnehmungsstörungen (ADDINGTON u. a. 2003; TOHEN u. a. 2000), bei vielen rücken aber andere Belastungen in den Vordergrund. Im Jahr nach einer ersten psychotischen Episode entwickeln 40–50 % der Betroffenen depressive Symptome (BIRCHWOOD 2003; COENTRE u. a. 2017), 20–40 % haben suizidale Gedanken (BARRETT u. a. 2010) und etwa 10 % versuchen, ihr Leben zu beenden (NOR- DENTOF T u. a. 2002).

MORITZ »Die Psyche kann mir voll die Energie ziehen. Meine Freundin hat das Wort »Monster« benutzt, das hat mich so runtergezogen, weil ich dachte: Ich bin ein Monster – damit kann ich doch nicht vor die Tür gehen.«

Häufig konsumieren Menschen mit psychotischen Episoden Substanzen, nicht selten in problematischer Weise. Oft ist unklar, ob sie das schon vor dem Beginn der psychotischen Symptomatik getan haben und der Konsum möglicherweise einen auslösenden Faktor darstellt oder ob er ein Versuch der Selbstmedikation ist. Eine kanadische Studie (ARCHIE u. a. 2007), die die Häufigkeit von Substanzkonsum von Personen mit ersten psychotischen Episoden mit Gleichaltrigen verglich, zeigte keinen signifikanten Unterschied bei der Lebenszeithäufigkeit von Cannabisgebrauch (60 % vs. 55 %) und problematischem Alkoholkonsum (26 % vs. 21 %), jedoch deutlich höhere Raten von Halluzinogen- (29 % vs. 15 %) und Kokaingebrauch (20 % vs. 14 %).

Selbst wenn die Symptome einer ersten Psychose unter Behandlung nahezu vollständig abklingen, bleiben die Rückkehr in Schule, Ausbildung oder Berufstätigkeit und die Teilhabe am sozialen Leben häufig eine Herausforderung. Im Jahr nach der ersten Behandlung erlebt nur etwa ein Drittel der Betroffenen eine ähnliche gesellschaftliche Teilhabe wie vor der Erkrankung (functional

recovery, vgl. WHITEHORN u. a. 2002). Ein wichtiger Faktor hierbei ist, dass selbst in spezialisierten Zentren etwa 30 % der Betroffenen nach einer ersten psychotischen Episode den Kontakt mit dem Behandlungsteam abbrechen (DOYLE u. a. 2014). Außerhalb der spezifischen Behandlungsangebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden ist die Zahl der Behandlungsabbrüche noch höher. So fand eine britische Studie, dass 40 % der Betroffenen innerhalb des ersten Jahres keinen Kontakt mehr mit ihrem Behandlungsteam hatten (GARETY & RIGG 2001). Und in einer finnischen Registerstudie zeigte sich, dass nach einer ersten stationären Behandlung aufgrund der Diagnose einer Schizophrenie weniger als die Hälfte der Betroffenen die empfohlenen Medikamente länger als einen Monat nahm (TIIHONEN u. a. 2011). Risikofaktoren für Behandlungsabbrüche sind unter anderem fortgesetzter Substanzgebrauch, Leben außerhalb des Elternhauses und frühere Straftaten (CONUS u. a. 2010).

Behandlungsabbrüche, aber auch viele andere Faktoren können das Risiko für das erneute Auftreten psychotischer Symptome erhöhen. Insgesamt erlebt mehr als die Hälfte der Betroffenen innerhalb der ersten drei Jahre mindestens eine weitere psychotische Episode mit Positivsymptomen (ALVAREZ-JIMENEZ u. a. 2012).

ANNABELLE »Meine dritte Psychose war heftig und allumfassend. Ich dachte, jeder Passant bedroht mich.«

Wiedererkrankungen sind verbunden mit einem erhöhten Risiko für anhaltende psychotische Symptome sowie negativen Folgen für das Selbstwertgefühl und die Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben (BIRCHWOOD & SPENCER 2001).

Wünsche von Betroffenen an die Behandlung

Möglicherweise sind viele Betroffene auch deshalb skeptisch gegenüber Behandlungsangeboten, weil sie das Gefühl haben, dass ihre Wünsche und Anliegen zu wenig gehört werden und die medizinischen und therapeutischen Behandlungsziele oft nicht mit ihren eigenen Zielen übereinstimmen. Als in einer US-amerikanischen Studie junge Menschen mit psychotischen Symptomen nach ihren Zielen für die Zukunft befragt wurden, nannten sie

während der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik nicht zuerst gesundheitsbezogene Wünsche wie Symptomreduktion oder anhaltende Remission, sondern psychosoziale Ziele. Am wichtigsten war den Betroffenen eine berufliche Tätigkeit oder Ausbildung, gefolgt von interpersonellen Zielen wie der Suche nach einer Partnerschaft oder dem Ausfüllen familiärer Pflichten (RAMSAY u. a. 2011). Eine indische Studie kam trotz der kulturellen Unterschiede zum gleichen Ergebnis (IYER u. a. 2011).

10 »Ich möchte anfangen zu studieren. Und den Führerschein machen. Ich bin mir aber nicht sicher, ob das möglich ist mit den Tabletten und der Erkrankung.«

Eine klientenzentrierte Psychiatrie muss daher versuchen, den Fokus weniger auf Symptomreduktion und stärker auf psychosoziale Therapieziele zu legen. MCGORRY und Kollegen (2014) haben grundsätzliche Erwartungen an psychosoziale Unterstützungsangebote für junge Menschen formuliert:

Erwartungen an Angebote für die psychische Gesundheit junger Menschen (nach MCGORRY u. a. 2014):

- Beteiligung junger Menschen (youth participation) auf allen Ebenen, z.B. in Beiräten, schon bei der Konzeption von Behandlungsangeboten, um eine jugendfreundliche, Stigma-freie Kultur zu fördern;
- Angebote, die an typischerweise im Jugendalter auftretende psychische Erkrankungen und die entwicklungspsychologischen Herausforderungen der Adoleszenz angepasst sind;
- ein ganzheitlicher, präventiver und optimistischer Rahmen, der Frühintervention fördert;
- eine umfassende, evidenzbasierte, phasenspezifische Behandlung, die auf Risiko-Nutzen-Abwägungen und partizipativer Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) beruht und vor allem auf soziale, ausbildungs- und arbeitsbezogene Ziele hinarbeitet;
- integrierte, klienten- und familienzentrierte Versorgung durch ein multiprofessionelles Team;
- Behandlungskontinuität beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter;
- flexible Behandlungsdauer, je nach individuellem Bedarf.

Entwicklung spezialisierter Angebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden

Basierend auf der oben beschriebenen Versorgungsforschung der letzten Jahre zu Verläufen erster psychotischer Episoden, ihren Begleiterkrankungen und den psychosozialen Auswirkungen wurde die »Critical-Period-Hypothese« entwickelt. Diese besagt, dass es für Menschen mit psychotischen Erkrankungen eine kritische Phase gibt, etwa in den ersten drei bis fünf Jahren nach Beginn der Symptome, in der therapeutische Interventionen besonders viel bewirken können (BIRCHWOOD u. a. 1998; BOONSTRA u. a. 2012; LIEBERMAN & FENTON 2000). Deshalb wurden verschiedene Interventionsstrategien erarbeitet, um schneller in Kontakt mit den Betroffenen zu kommen und ihnen den Zugang zu passenden Behandlungsangeboten zu erleichtern. Die Ziele der frühen Intervention sind die Verhinderung von langfristigen psychosozialen Einschränkungen, von Behandlungsabbrüchen sowie von Wiedererkrankungen und erneuten Krankenhausbehandlungen (BIRD u. a. 2010).

Hier gibt es grundsätzlich zwei Wege, die im besten Fall gleichzeitig begangen werden: Einerseits kann versucht werden, durch gezielte Information der Bevölkerung und von Schlüsselpersonen für die Gesundheitsvorsorge das Bewusstsein für psychische Erkrankungen zu verbessern und Hemmnisse bei der Suche nach Unterstützung aus dem Weg zu räumen. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass durch Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit, Hausarztpraxen, Schulen und soziale Einrichtungen wie die Arbeitsagentur die Dauer unbehandelter Psychosen verringert werden kann (LLOYD-EVANS u. a. 2011). Andererseits wurden international Modellprojekte entwickelt, um Menschen mit ersten psychotischen Episoden ein Behandlungsangebot zu machen, das ihren spezifischen Wünschen und Bedürfnissen gerecht wird (CORRELL u. a. 2018).

Evidenz spezialisierter Angebote

In den letzten drei Jahrzehnten wurden spezialisierte Frühinterventionsangebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden in Australien, Europa, Asien, Süd- und Nordamerika etabliert (CORRELL u. a. 2018; EDWARDS u. a. 2005). Die Effektivität der spezialisierten Angebote für Menschen mit ersten

Psychosen wurde in vier Metaanalysen klar festgestellt (ÁLVAREZ-JIMÉNEZ u. a. 2011; BIRD u. a. 2010; CORRELL u. a. 2018; FUSAR-POLI u. a. 2017).

Die aktuellste und bisher umfassendste Metaanalyse von CORRELL und Kollegen (2018) beruht auf zehn randomisierten kontrollierten Studien, in denen eine Standardbehandlung verglichen wurde mit der Behandlung in Frühinterventionszentren durch multiprofessionelle Teams, die in einem integrierten und koordinierten Therapieprogramm sowohl pharmakologische als auch psychosoziale Interventionen anbieten konnten, beispielsweise Fallmanagement, Psychotherapie, Familienarbeit und Individual Placement and Support (IPS) für die Verwirklichung von Ausbildungs- und beruflichen Zielen. Die Behandlung in spezialisierten Zentren für Menschen mit ersten psychotischen Episoden war bei allen Nachuntersuchungen, die insgesamt über zwei Jahre hinweg stattfanden, assoziiert mit geringerer Symptomschwere, einem niedrigeren Risiko für Behandlungsabbrüche oder stationäre Aufnahme und einer höheren Wahrscheinlichkeit, eine Ausbildung oder Berufstätigkeit aufzunehmen (CORRELL u. a. 2018).

ANNABELLE »Ich habe mich ernst genommen gefühlt. Es wurde auf meine Anliegen, Sorgen und Befürchtungen eingegangen. Das Team hat auf Augenhöhe mit mir gesprochen, nicht herablassend.«

Neben den in wissenschaftlichen Studien dokumentierten Vorteilen von Frühinterventionszentren berichten auch Betroffene und Angehörige über eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. Sie beruht auf der Erfahrung, gehört und ernst genommen, informiert und in Entscheidungen einbezogen zu werden (LESTER u. a. 2009). Studien zeigten zudem eine überzeugende Kosteneffektivität von Frühinterventionszentren für erste psychotische Episoden gegenüber der Standardbehandlung des jeweiligen Landes (ACEITUNO u. a. 2019; ROSENHECK u. a. 2016).

Mögliche Risikokonstellationen

In vielen Fällen geht einer Psychose eine sogenannte Prodromalphase voraus – eine Phase mit frühen, unspezifischen Symptomen wie gedrückter Stimmung, sozialem Rückzug, Ängsten, Konzentrationsstörungen, Interessenverlust, Leistungseinbruch und teilweise kurzzeitigen oder nicht voll ausgeprägten psychotischen Symptomen (FUSAR-POLI u. a. 2012; HÄFNER u. a. 2003; SCHULTZE-LUTTER u. a. 2015; YUNG & MCGORRY 1996).

MORITZ »Erste Anzeichen habe ich erst rückblickend erkannt: Dass ich Wutausbrüche bekommen habe, dass zu viele Reize von außen auf mich kamen – der Verkehr war zu viel und zu laut und wenn zwei Leute auf einmal redeten ... Es war eine Reizüberlastung der Ohren.«

Aus dem Wissen um Frühsymptome leitet sich die Überlegung ab, ob eine Intervention schon in dieser Phase möglich ist und ob der Übergang in eine manifeste Psychose verhindert oder zumindest die psychosozialen Auswirkungen verringert werden können. Mit diesem Ziel wurden sogenannte Ultra-High-Risk-Kriterien (UHR) entwickelt (YUNG & MCGORRY 1996). Im deutschsprachigen Raum gibt es ferner das Konzept der Basissymptome (SCHULTZE-LUTTER u. a. 2015). Auf dieser Grundlage können bekannte Risikofaktoren und ungewöhnlicher Veränderungen der Wahrnehmung oder des Denkens erfragt werden, um junge Menschen zu identifizieren, bei denen ein erhöhtes Psychoserisiko bestehen könnte.

Bei allen Symptomen ist die Abgrenzung hin zu einer voll ausgeprägten psychotischen Episode notwendig. Hier stellt sich die Frage, ab welcher Dauer und Ausprägung die Diagnose einer Psychose gestellt werden sollte. Gleichzeitig ist zu beachten, dass ungewöhnliche Gedanken (z.B. flüchtige paranoide Ideen wie das Angestarrtwerden in der Öffentlichkeit) oder Wahrnehmungen (z.B. der gelegentliche unbegründete Eindruck, die Klingel oder Signaltöne des Telefons gehört zu haben) relativ weit verbreitet sind und daher nicht ausreichend spezifisch, um daraus auf ein erhöhtes Psychoserisiko zu schließen. Für diese Abgrenzung ist eine systematische, detaillierte und differenzierte Evaluation von Risikosymptomen und -kriterien notwendig und kann beispielsweise mit strukturierten diagnostischen Interviews erfolgen.

Um geeignete Interventionen für die so identifizierten Risikopersonen zu entwickeln, wurden in klinischen Studien spezifische Therapieansätze auf ihre Wirksamkeit für die Verhinderung des Übergangs vom UHR-Status in eine erste psychotische Episode sowie die Verringerung der Symptomatik und damit verbundenen psychosozialen Einschränkungen untersucht (FUSAR-POLI u. a. 2020). Es liegen mittlerweile zahlreiche Metaanalysen vor (DAVIES u. a. 2018; DEVOE u. a. 2019, 2020). Die aktuellste Metaanalyse (MEI u. a. 2021), die 26 randomisierte kontrollierte Studien einschließt, zeigt, dass spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote die Übergangsraten in erste psychotische Episoden halbieren können, sodass diese Behandlungsform auch in den relevanten Leitlinien als Hauptbehandlungsstrategie bei Menschen mit erhöhtem Risiko empfohlen wird (DGPPN 2019 b; SCHMIDT u. a. 2015; SCHULTZE-LUTTER u. a. 2015; NICE 2014).

Gestaltung von Frühinterventionsprogrammen

Eine der ersten spezialisierten Einrichtungen weltweit zur Behandlung junger Menschen mit ersten psychotischen Episoden war das Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC, heute Teil von Orygen) in Melbourne, Australien (HUGHES u. a. 2014). Am Anfang stand 1984 die Gründung einer forschungsorientierten psychiatrischen Station für Menschen mit ersten psychotischen Episoden. Schnell zeigte sich, dass eine pflegerische und ärztliche Behandlung allein nicht ausreichte, um die Betroffenen vor allem in ihren langfristigen Zielen zu unterstützen. Unter Einbeziehung von verschiedenen Berufsgruppen wurde daher ein Konzept für ein recoveryorientiertes klinisches Therapieprogramm entwickelt, welches Familienarbeit, Psychoedukation und Training in sozialen und Alltagskompetenzen beinhaltete (COPOLOV u. a. 1989).

Auf der Station war auch für alle Beteiligten sichtbar, dass viele Betroffene erst lange nach Symptombeginn eine Behandlung suchten. Um eine frühere Diagnosestellung zu ermöglichen und den ersten Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem so angenehm und niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, wurde ein mobiles Team entwickelt, das Erstgespräche auch außerhalb der Klinik, beispielsweise zu Hause oder in der Schule, anbieten konnte. Dieses Team war auch in der Lage, auf Notfallsituationen schnell und flexibel zu reagieren und so auch eine stationäre Aufnahme zu unterstützen oder zu verhindern.

Wesentlich für das ambulante Angebot war die Zuordnung jedes Betroffenen zu einem Team mit pflegerischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und ärztlichen Kompetenzen, wobei eine Person aus den ersten Berufsgruppen in der Regel das Fallmanagement machte. Das ambulante Behandlungsteam wurde auch, wenn notwendig, bei einem stationären Aufenthalt mit einbezogen, um eine möglichst hohe Behandlungskontinuität zu sichern. Zudem wurde eine stationärsersetzende Behandlung zu Hause und ein tagesklinisches Programm etabliert, sodass die Dauer stationärer Aufenthalte verkürzt werden konnte. In diesem Kontext wurden auch die Familienarbeit und zielgruppenspezifische Psychotherapieansätze weiterentwickelt. Mit diesem innovativen Versorgungsmodell gelang es, die Dauer der unbehandelten Psychose zu verkürzen, stationäre Aufenthalte zu verkürzen und in vielen Fällen ganz zu vermeiden (MCGORRY u. a. 1996).

Die beschriebenen grundsätzlichen Elemente von Frühinterventionsprogrammen finden sich inzwischen auch in internationalen klinischen Leitlinien

wieder (DGPPN 2019 b; Early Psychosis Guidelines Working Group 2010; NICE 2014). Hierzu gehört die Behandlung von jungen Menschen während der ersten drei bis fünf kritischen Jahre einer psychotischen Erkrankung durch koordinierte, spezialisierte, multiprofessionelle Teams, die auch aufsuchend tätig werden können und deren Angebote Pharmakotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und intensive psychosoziale Unterstützung umfassen. Besonders gut untersuchte Behandlungselemente sind kognitive Verhaltenstherapie, Familienintervention, soziale Kompetenztrainings und Individual Placement and Support (BIRD u. a. 2010; CORRELL u. a. 2018). Zudem sollen Frühinterventionsangebote entwicklungspsychologische Aspekte der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters berücksichtigen, wie die Ablösung von der Primärfamilie, die Bildung einer eigenen Peergroup, das Erleben romantischer und sexueller Beziehungen und die Entwicklung einer beruflichen Perspektive (DGPPN 2019 b).

ANNABELLE »Ich finde es gut, dass die FRITZ-Station für junge Leute ist. Wenn du 26 bist und die Mitpatienten sind 50 – das sind ganz andere Lebenswelten.«

Die praktische Umsetzung der Empfehlungen hängt auch von den Versorgungssystemen der verschiedenen Länder ab. Hier sollen exemplarisch die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von zwei Frühinterventionsprogrammen für Menschen mit ersten psychotischen Episoden vorgestellt werden (Abbildung 1). Für die erste Publikation (ADDINGTON u. a. 2013) wurde ein Delphi-Konsensusverfahren mit 31 internationalen Experten aus Nordamerika, Europa, Australien und Asien durchgeführt, aus dem 32 essenzielle Bestandteile abgeleitet und hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenzbasis eingestuft wurden. Der zweite Aufsatz (HUGHES u. a. 2014) beschreibt die Komponenten des australischen EPPIC-Programms (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, siehe oben), die sich im Verlauf von zwanzig Jahren als bedeutsam herausgestellt haben.

ABBILDUNG 1.1 Zentrale Bestandteile von Frühinterventionsprogrammen

	ADDINGTON u. a. 2013	HUGHES u. a. 2014
Bevölkerungsbasierte Interventionen	Bereitstellung von Informationen zu psychischer Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung und für Einrichtungen der sozialen und Gesundheitsversorgung	
Zugang	<p>Offenheit für Menschen mit potenziellem komorbidem Substanzgebrauch</p> <p>Zeitnahe Kontaktaufnahme nach Erstkontakt durch Betroffene oder Überweisende</p>	<p>Vorhandensein einer klar definierten Anlaufstelle für Erstkontakt, z. B. kostenfreie Telefonhotline</p> <p>Akzeptanz von Überweisungen aus unterschiedlichsten Quellen sowie Selbst-Zuweisungen</p> <p>Ansprechende, jugendgerechte Erscheinung des Zentrums, das mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist</p> <p>Erste klinische Kontaktaufnahme nach Erstkontakt innerhalb von 48 Stunden</p>
Klinischer Erstkontakt und Assessment	<p>Personenzentriertes Assessment</p> <p>Umfassende Anamnese und klinisches Assessment inkl. Suizidalität</p> <p>Erstellung von Behandlungsplänen für psychosoziale Bedürfnisse</p> <p>Informed Decision Making</p> <p>Informed Consent</p>	<p>Flexible Möglichkeiten des Erstkontakts inkl. Hausbesuch</p> <p>Multiprofessionelles Team für Erstkontakt und Anamnese</p>
Handlungssettings	<p>Fachärztliche Kompetenz im Behandlungsteam</p> <p>Verfügbarkeit von Kriseninterventionsteams und Hausbesuchen</p>	<p>Verfügbarkeit von Triage-System, Krisenintervention und Akutbehandlung (auch zu Hause) zu jeder Zeit, mit dem Ziel der Minimierung stationärer Behandlungszeiten</p> <p>Jugendgerechte stationäre Angebote für akute und subakute Behandlungsphase</p> <p>Ambulante Behandlung durch möglichst kontinuierliches, multiprofessionelles Team inkl. Fallmanagement und fachärztliche Kompetenz</p>
Medizinische Interventionen	<p>Evidenzbasierte Pharmakotherapie nach Leitlinien, also ggf. niedrige Dosierung und langsame Dosiserhöhung, Vermeidung von Polypharmazie, Nutzung von Clozapin bei Behandlungsresistenz</p> <p>Monitoring von Nebenwirkungen</p>	<p>Evidenzbasierte Pharmakotherapie nach Leitlinien, also ggf. niedrige Dosierung und langsame Dosiserhöhung, Bevorzugung atypischer Antipsychotika</p> <p>Monitoring von Nebenwirkungen und physischer Gesundheit</p>