

Transition bei psychotischen Störungen

Arbeitstagung Transitionsmedizin

Freitag, 22. November 2019

Priv.-Doz. Dr. Anke Brockhaus-Dumke

Chefärztin Abt. 1 für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik

Rheinhessen-Fachklinik Alzey



HILFE TUT GUT.

**FRÜHERKENNUNGS- UND
THERAPIEZENTRUM (FETZ)
RHEINHESSEN**

Psychotische Störungen – eine Einordnung



Schizophrenie und Schizophrenie-Spektrum-Störungen

- Rezidivierende Psychosen führen auch heute noch häufig zu wesentlicher Behinderung und Einschränkungen der Lebensqualität
- Ersterkrankung im Adoleszenten- und frühen Erwachsenenalter
- Die Dauer der unbehandelten Psychose ist assoziiert mit einem ungünstigen Verlauf

⇒ Entwicklung von Früherkennungsstrategien, Aufbau von Früherkennungszentren

⇒ Wissenschaftliche Evaluation von Frühinterventionsstrategien:
Psychotherapie > Psychopharmakotherapie

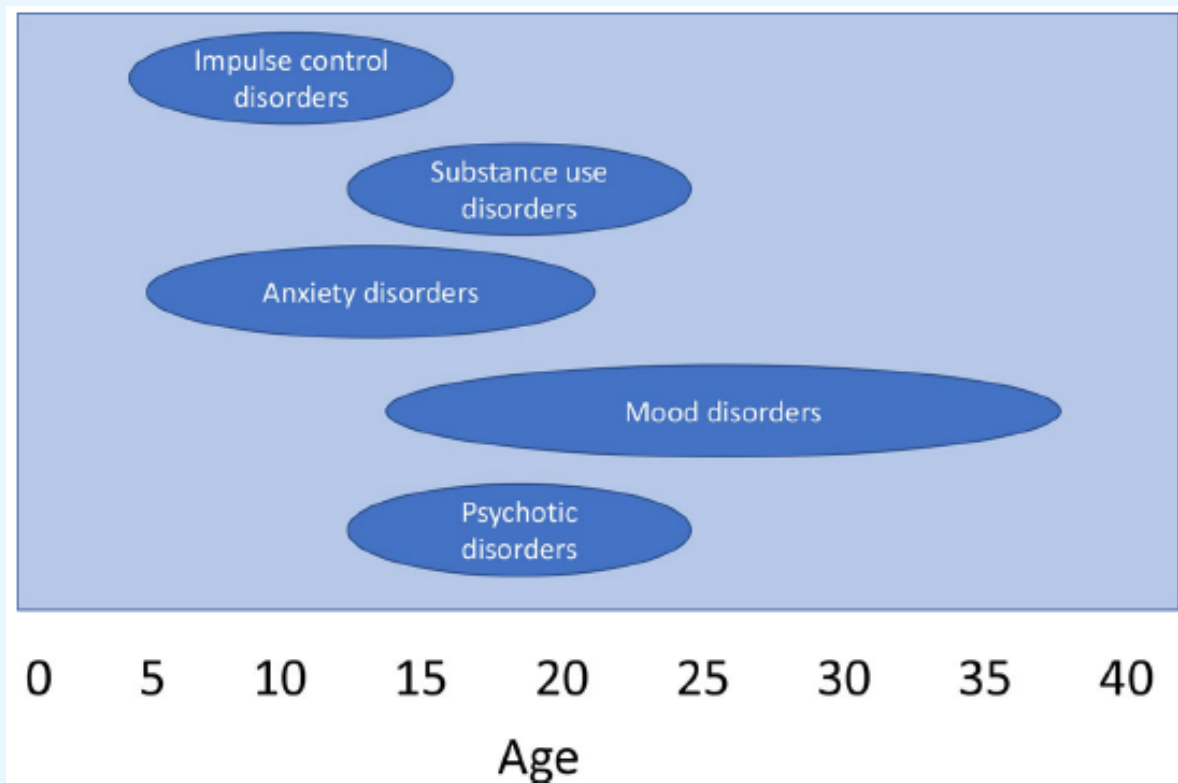
Psychotische Symptome bei anderen Erkrankungen

- Substanzinduzierte Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen, emotional-instabile PS-Störung
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Hirnorganische Erkrankungen, insbesondere bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen

Transition bei psychischen Erkrankungen



BEGINN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IN ADOLESCENZ



Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence

Paolo Fusar-Poli^{1,2,3}, on behalf of the Healthy London Partnership*

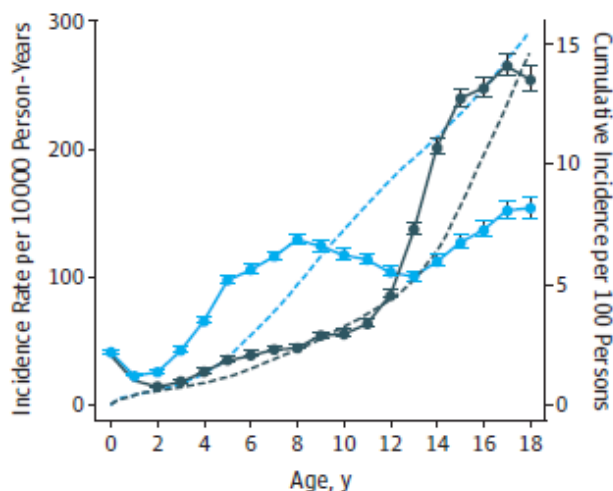
REVIEW
published: 07 June 2019
doi: 10.3389/fpsyt.2019.00355

 **frontiers**
in Psychiatry

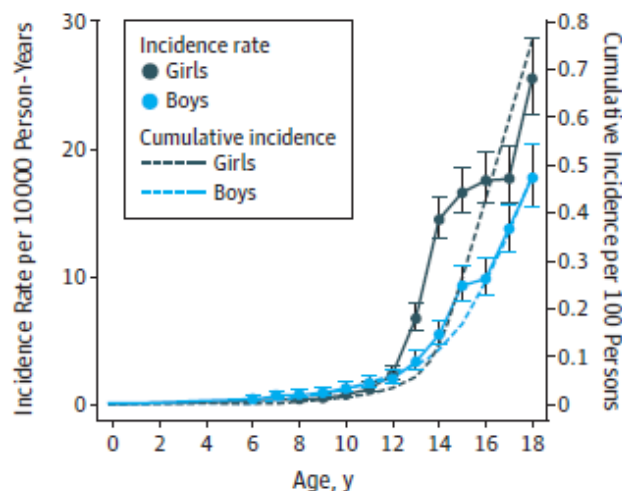


Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence

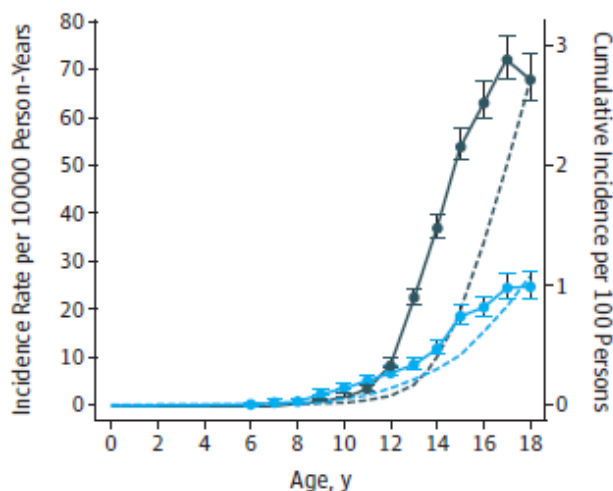
A Any mental disorder



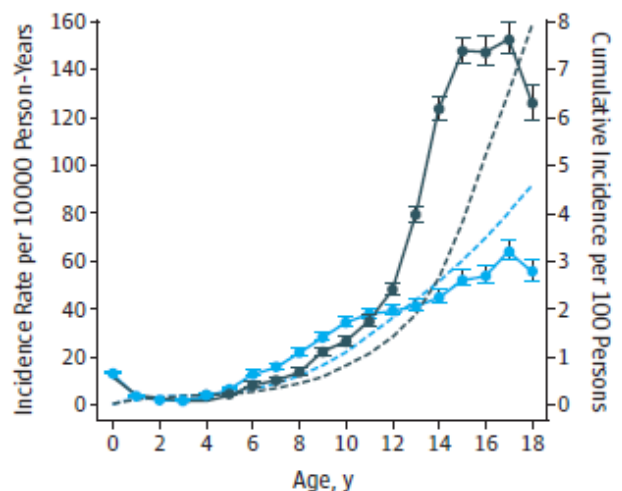
B Schizophrenia spectrum



C Mood disorders



D Anxiety disorder

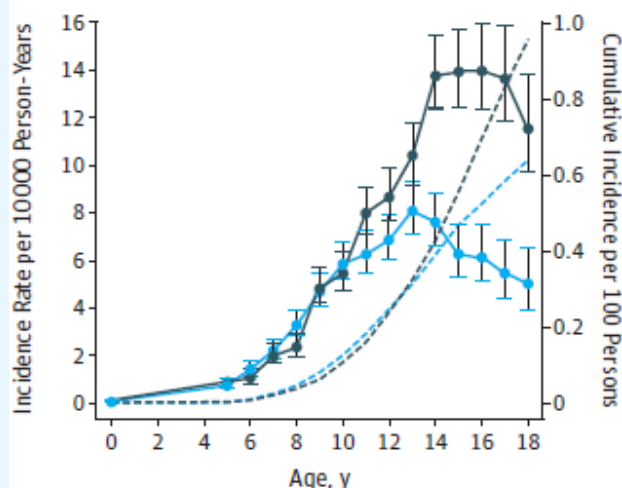


Any mental disorder was identified as *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research (ICD-10-DCR)*, codes F00 to F99; schizophrenia spectrum disorder, as *ICD-10-DCR* codes F20 to F29; mood disorders, as *ICD-10-DCR* codes F30 to F39; and anxiety disorder, as *ICD-10-DCR* codes F40 to F48 and F93. Error bars show the 95% CIs in designated age ranges. Owing to the large sample size, the 95% CIs for the cumulative incidences are very close to the estimates and are therefore not shown. Because the cumulative incidences are estimated continuously with respect to age and the incidence rates are estimated in 1-year age intervals, the abscissa for the cumulative incidence measures the exact age, whereas the abscissa for the incidence rates measures the lowest cutoff point for the age interval. The y-axis scales differ by disorder to correspond to the range of observed outcomes.

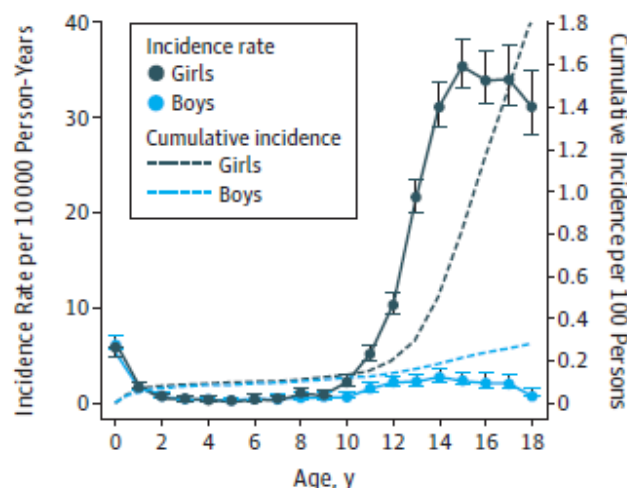


Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence

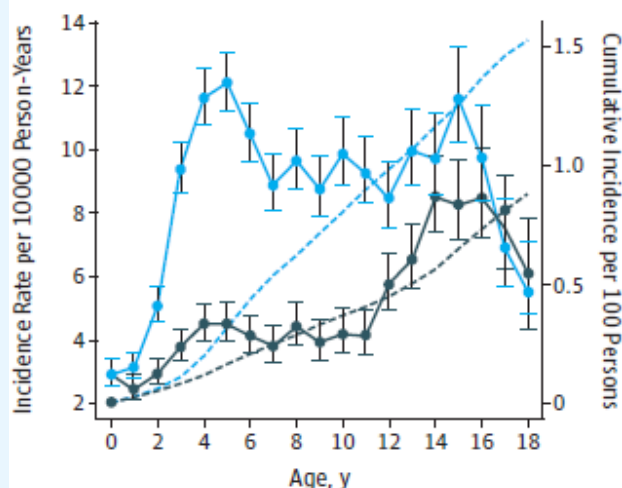
A Obsessive-compulsive disorder



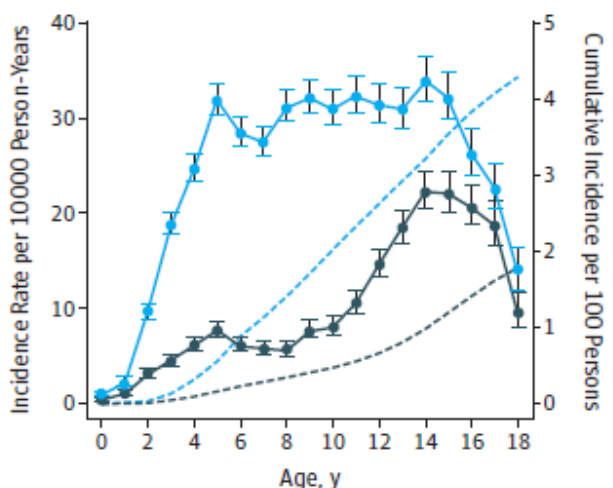
B Eating disorders



C Intellectual disability



D Autism spectrum disorder

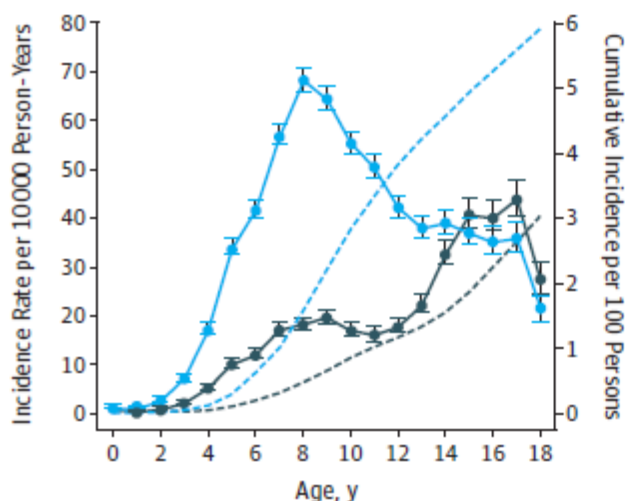


Obsessive-compulsive disorder was identified as *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research (ICD-10-DCR)*, code F42; eating disorders, as *ICD-10-DCR* code F50; intellectual disability, as *ICD-10-DCR* codes F70 to F79; and autism spectrum disorders, as *ICD-10-DCR* codes F84.x, excluding F84.2 to F84.4. Error bars show the 95% CIs in designated age ranges. Owing to the large sample size, the 95% CIs for the cumulative incidences are very close to the estimates and are therefore not shown. Because the cumulative incidences are estimated continuously with respect to age and the incidence rates are estimated in 1-year age intervals, the abscissa for the cumulative incidence measures the exact age, whereas the abscissa for the incidence rates measures the lowest cutoff point for the age interval. The y-axis scales differ by disorder to correspond to the range of observed outcomes.

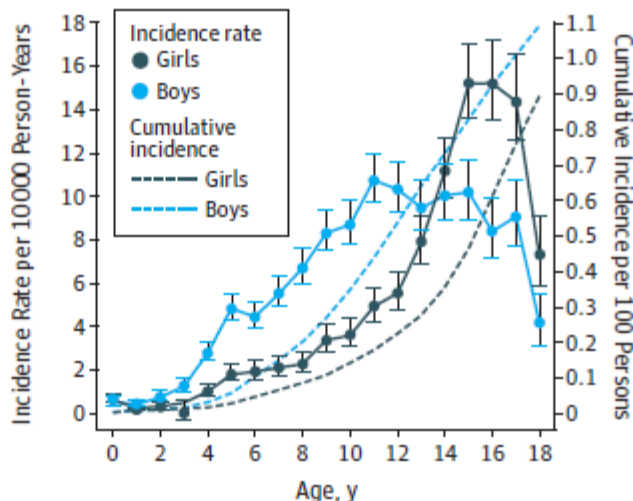


Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence

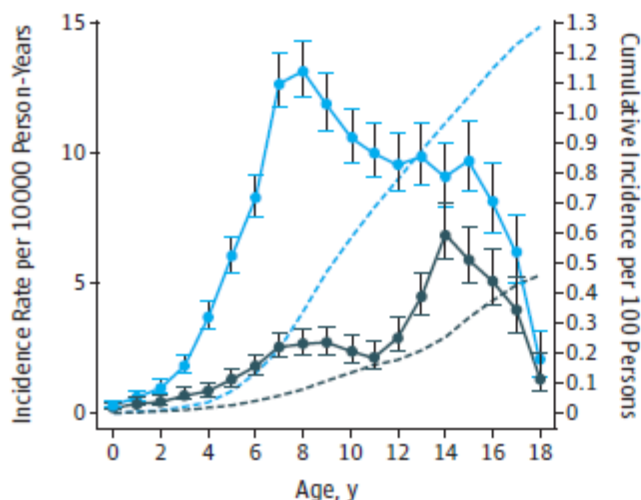
A Attention-deficit/hyperactivity disorder



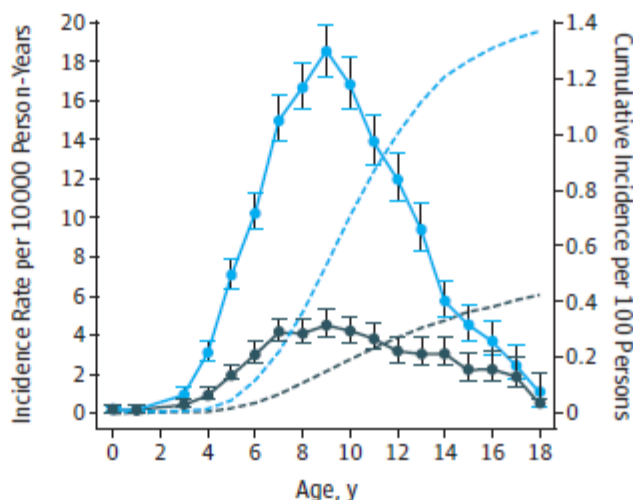
B ADHD-inattentive type



C Oppositional defiant disorder/conduct disorder

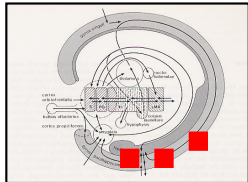
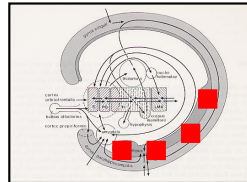



D Tic disorders

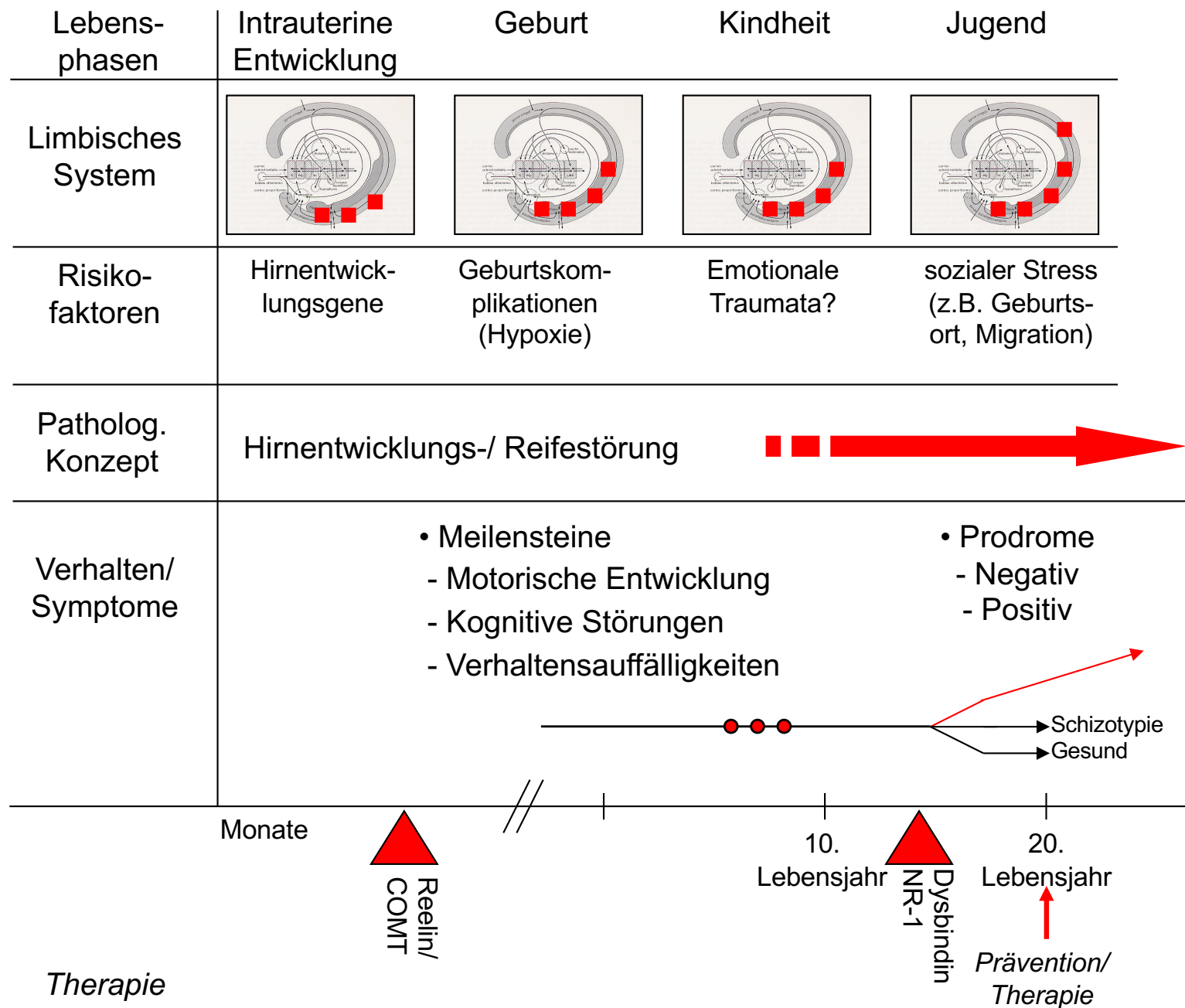


ADHD was identified as *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research (ICD-10-DCR)*, codes F90 and F98.8; ADHD-inattentive type, as *ICD-10-DCR* code F98.8; oppositional defiant disorder/conduct disorder, as *ICD-10-DCR* codes F91 plus F90.1; and tic disorders, as *ICD-10-DCR* code F95. Error bars show the 95% CIs in designated age ranges. Owing to the large sample size, the 95% CIs for the cumulative incidences are very close to the estimates and are therefore not shown. Because the cumulative incidences are estimated continuously with respect to age and the incidence rates are estimated in 1-year age intervals, the abscissa for the cumulative incidence measures the exact age, whereas the abscissa for the incidence rates measures the lowest cutoff point for the age interval. The y-axis scales differ by disorder to correspond to the range of observed outcomes.

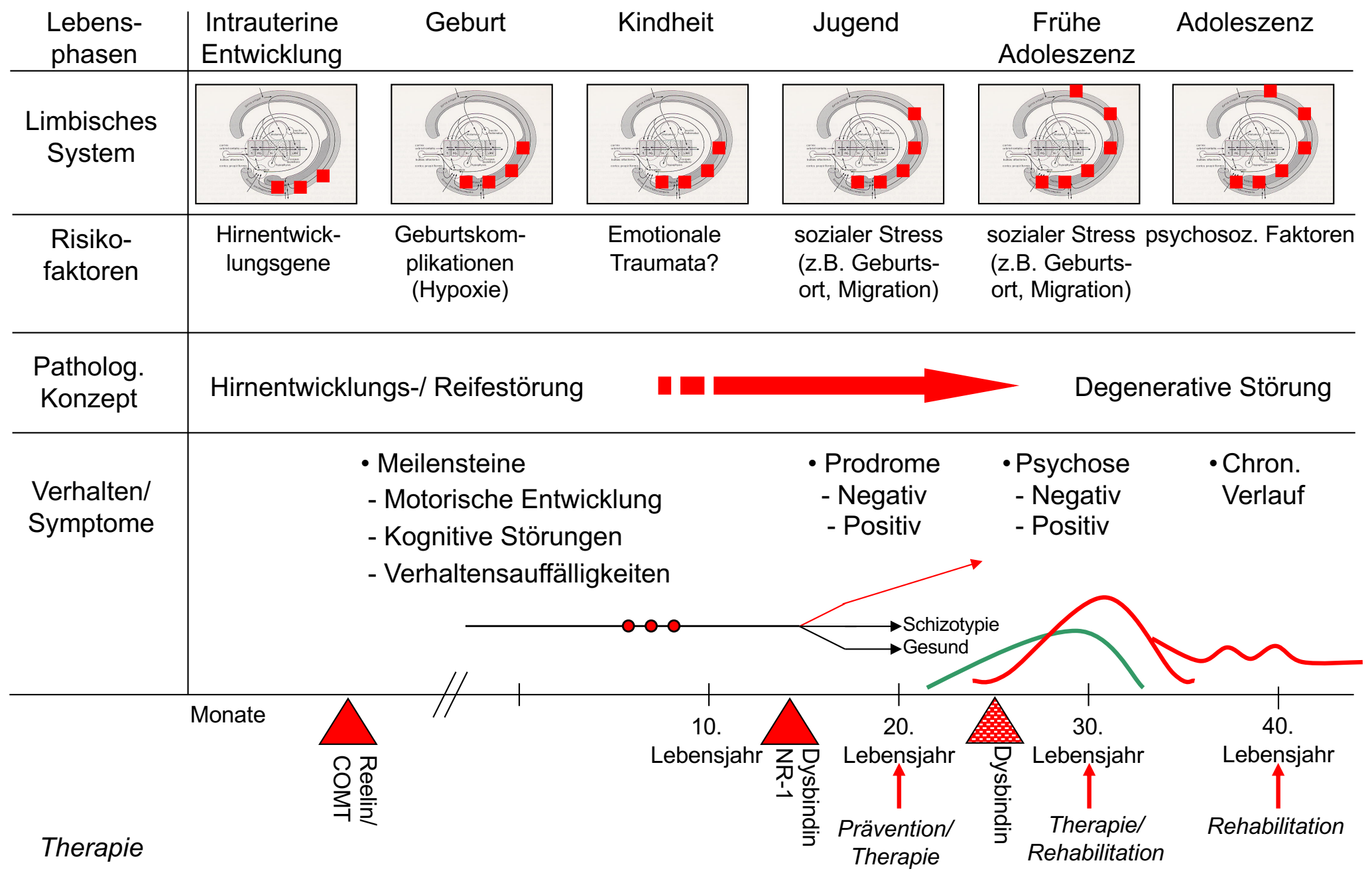
Ätiopathogenese und Verlauf schizophrener Psychosen

Lebensphasen	Intrauterine Entwicklung	Geburt
Limbisches System		
Risikofaktoren	Hirnentwicklungsgene	Geburtskomplikationen (Hypoxie)
Patholog. Konzept	Hirnentwicklungs-/ Reifestörung	
Verhalten/ Symptome	<ul style="list-style-type: none">• Meilensteine- Motorische Entwicklung- Kognitive Störungen- Verhaltensauffälligkeiten	
<div>Monate</div> <div><div>Reelin/ COMT</div></div> <div>Therapie</div>		

Ätiopathogenese und Verlauf schizophrener Psychosen



Ätiopathogenese und Verlauf schizophrener Psychosen



Was wissen wir?

RISIKOFAKTOREN DER SCHIZOPHRENIE

- **Pränatal:** Genetische Disposition, niedriger Vitamin-D-Spiegel, Mangelernährung, Herpes simplex Virus-2, Röteln
- **Perinatal:** Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht
- **Kindheit:** Misshandlung, soziale Benachteiligung, Mobbing/Bulling, Urbanizität, Minderheitsstatus
- **Adoleszenz:** Cannabiskonsum

ÄTIOLOGIE DER SCHIZOPHRENIE

- Schizophrenie als Störung der neuronalen Entwicklung
- Dyskonnektivität durch erhöhtes / ungeregeltes „synaptic pruning“ in der Pubertät
- Autoimmune Prozesse, Autoantikörper gegen zahlreiche neuronale Rezeptoren nachgewiesen (siehe S3-Leitlinie Schizophrenie 2019)
- Effekte von psychosozialen Stress gesichert

Warum Früherkennung?

Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence

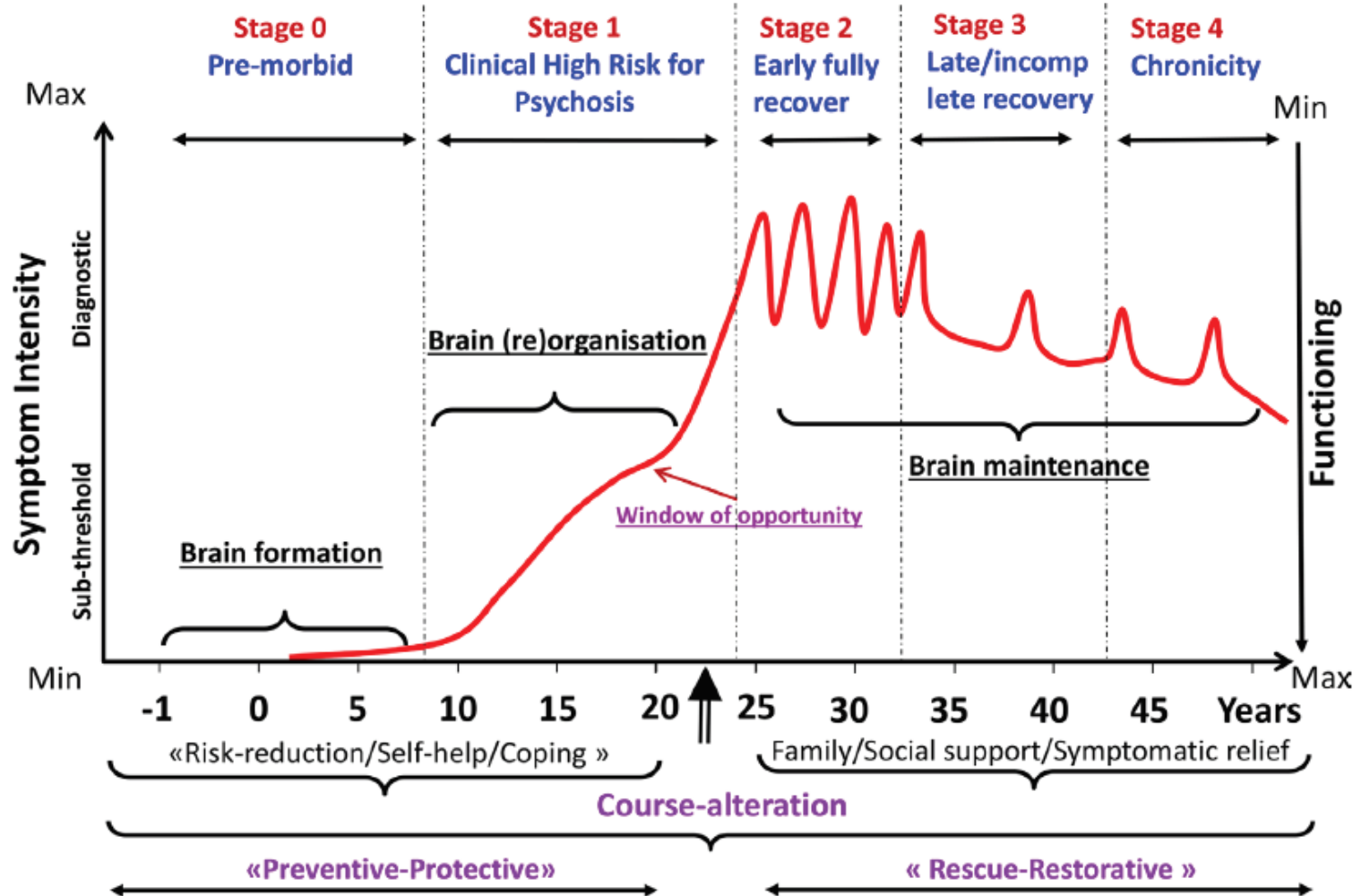


FIGURE 3 | Onset and progression of psychosis in relation to the developmental processes affected by the disorder [adapted from Ref. (25)]. During the premorbid and clinical high risk for psychosis neurodevelopmental phases, risk reduction strategies can exert the highest impact for course alteration. During the early fully recover/late incomplete recovery and chronicity phases, rescue and restorative strategies can have the highest impact on course alteration.

Psychosis Polyrisk Score (PPS) for the Detection of Individuals At-Risk and the Prediction of Their Outcomes

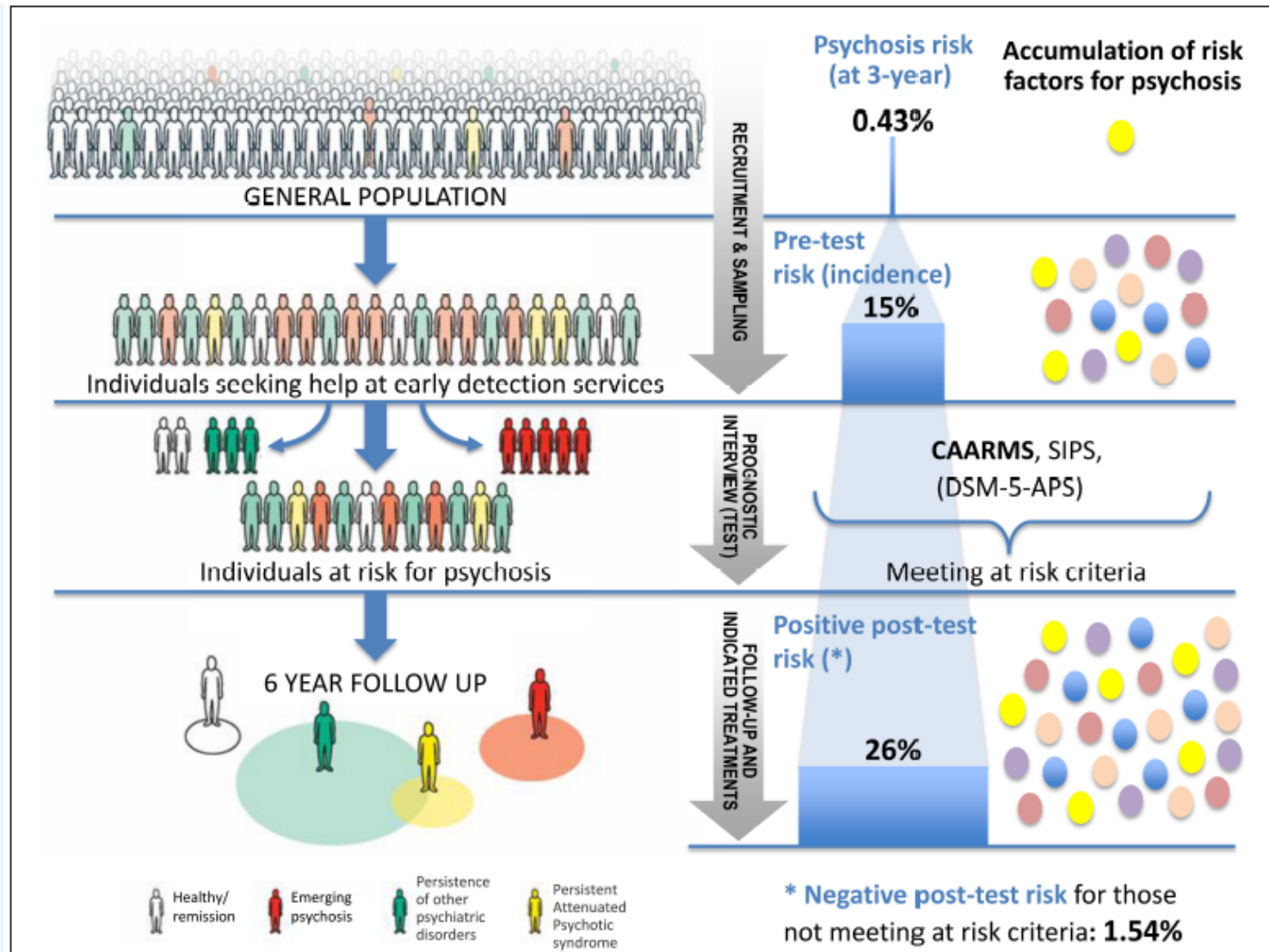


FIGURE 1 | Individuals seeking help at specialized psychosis early-detection clinics have a higher (pre-test) risk of developing psychosis [15% at 3 years (14)] than the general population (0.43% at 3 years) (17). Those who will meet the clinical high risk for psychosis (CHR-P) criteria at the prognostic interview (Comprehensive Assessment of At-risk Mental States [CAARMS]) will have only a modest increase in their (post-test) level of risk for psychosis (1.7-fold, from 15 to 26%). Those not meeting the CHR-P criteria (18) will have a substantial decrease in their (post-test) risk (10-fold, from 15 to 1.56%).

published: 17 April 2019
doi: 10.3389/fpsyt.2019.00174

Psychosis Polyrisk Score (PPS) for the Detection of Individuals At-Risk and the Prediction of Their Outcomes

Dominic Oliver^{1,2}, Joaquim Radua^{1,3,4}, Abraham Reichenberg^{5,6,7,8}, Rudolf Uher⁹ and Paolo Fusar-Poli^{1,2,10,11*}

published: 17 April 2019

doi: 10.3389/fpsyt.2019.00174

Examples of candidate risk or protective factors

- At risk symptoms (CAARMS)
- Ethnic minority
- Immigrant status
- Low IQ
- Urbanicity
- Anhedonia
- Winter/spring season of birth
- Childhood trauma/social withdrawal
- Non-right handedness
- Infectious agents
- Physical/olfactory anomalies
- Other risk factor
- Normal IQ
- Other protective factor
- Other mental disorders risk factor

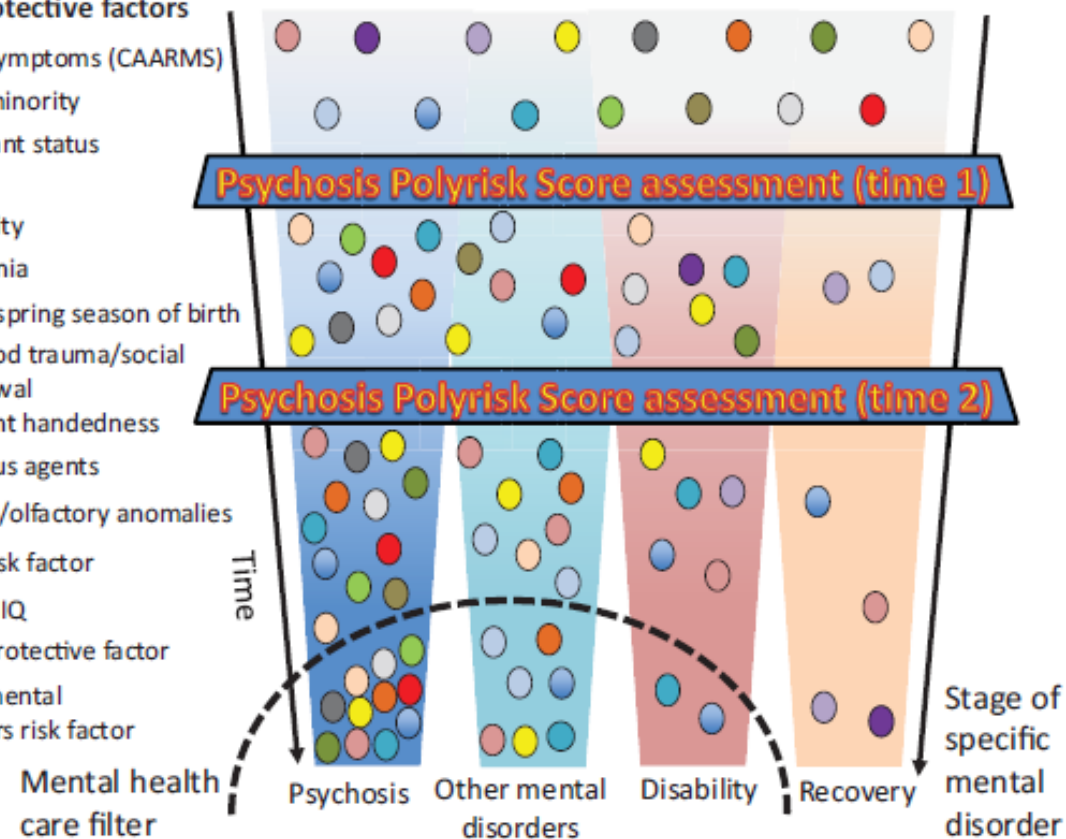


FIGURE 7 | Putative PPS assessment for the detection of at-risk individuals and the prediction of psychosis. Risk or protective factors that are diluted during the pre-clinical stages may accumulate as the individual progresses across different stages until they trigger signs or symptoms and functional impairment that are associated with help-seeking behavior and access to mental health care. In the later stages, specific aggregations of risk and protective factors may be associated with specific clinical outcomes.

Einschätzung des Psychose-Risikos

Psychose-Früherkennung

- Psychopathologie
 - Attenuierte Positiv-Symptome (APS)
 - Brief limited psychotic episodes (BLIPS)
- Genetische Vorbelastung
- Verschlechterung des Funktionsniveaus („Leitungsknick“)

Psychose-Polyrisiko-Score (PPS)

- Klinische, soziodemographische und entwicklungsbezogene Faktoren
- Kombination aus Risikofaktoren und protektiven Faktoren
- Biomarker (z.B. genetische Analysen von Risikogenen und nicht-genetische Endophänotypen wie Testpsychologie und EEG /EPs)
- Transdiagnostische Spezifität noch offen (z.T. gleiche Risikofaktoren auch für bipolare Störung)

Was wissen wir?

RISIKOFAKTOREN

- **Pränatal:** Genetische Disposition, niedriger Vitamin-D-Spiegel, Mangelernährung, Herpes simplex virus-2, Röteln
- **Perinatal:** Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht
- **Kindheit:** Misshandlung, soziale Benachteiligung, Mobbing/Bulling, Urbanizität, Minderheitsstatus
- **Adoleszenz:** Cannabiskonsum

ENTWICKLUNG VON VORHERSAGEMODELLEN IN MEHREREN UNTERSUCHUNGSEBENEN

- Psychopathologie nach BS- und UHR-Kriterien
- Neurokognition
- Soziale Kognition
- Hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Veränderungen
- Genetische Faktoren

PRÄVENTIVE MASSNAHME

- **First line:** psychotherapeutische Interventionen
- **Second line:** Antipsychotika niedrig dosiert
- **Perspektive:** Neuroprotektive Substanzen wie Omega-3-Fettsäuren

Frühe Intervention



Psychotherapie

- Kognitiv-behaviorale Therapie: ist wirksam bei beginnender Psychose => neue S3-Leitlinie

Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial

Schizophrenia Bulletin vol. 42 no. 5 pp. 1243–1252, 2016
doi:10.1093/schbul/sbw018

- Reduktion der Transitionsrate um ca 50 % über 4 Jahre ($p = 0,04$)
- Übergang in Psychose ca 1 Jahr später
- Psychosoziales Funktionsniveau weniger beeinträchtigt

- Achtsamkeitsbasierte Therapie
 - Reduktion von Angst und Depression
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Keine Zunahme psychotischer Symptome
 - Präventiver Effekt noch unklar

Clinical Effects of Mindfulness-Based Intervention in Patients With First Episode Psychosis and in Individuals With Ultra-High Risk for Transition to Psychosis: A Review

Philippe Vignaud^{1,2}, Karen T. Reilly³, Clément Donde^{1,2}, Frédéric Haesebaert^{1,2} and Jérôme Brunelin^{1,2*}



SYSTEMATIC REVIEW
published: 31 October 2019
doi: 10.3389/fpsyt.2019.00797

Was wissen wir?

RISIKOFAKTOREN

- **Pränatal:** Genetische Disposition, niedriger Vitamin-D-Spiegel, Mangelernährung, Herpes simplex virus-2, Röteln
- **Perinatal:** Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht
- **Kindheit:** Misshandlung, soziale Benachteiligung, Mobbing/Bulling, Urbanizität, Minderheitsstatus
- **Adoleszenz:** Cannabiskonsum

ENTWICKLUNG VON VORHERSAGEMODELLEN IN MEHREREN UNTERSUCHUNGSEBENEN

- Psychopathologie nach BS- und UHR-Kriterien
- Neurokognition
- Soziale Kognition
- Hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Veränderungen
- Genetische Faktoren

PRÄVENTIVE MASSNAHME

- **First line:** psychotherapeutische Interventionen (kognitive VT)
- **Second line:** Antipsychotika niedrig dosiert (z.B. 2,5 -5 mg Aripiprazol, 50-100 mg Amisulprid)
- **Perspektive:** Neuroprotektive Substanzen wie Omega-3-Fettsäuren, Glycin und NAC

Aufgaben der Früherkennungszentren

DIAGNOSTIK ZUR EINSCHÄTZUNG DES PSYCHOSERISIKOS

- Psychopathologie, unter anderem nach BS und UHR-Kriterien
- ☐ Neurokognitives Assessment
- ☐ Hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Diagnostik

ANGEBOTE ZUR REDUKTION DES PSYCHOSERISIKOS

- ☐ Information und Psychoedukation
- ☐ Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt auf sozialer Interaktion und Metakognition
- ☐ Beratung zu psychopharmakologischen Möglichkeiten
- ☐ Sozialmedizinische Beratung
- ☐ Einbezug der Angehörigen

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

- Fort- und Weiterbildungsangebote
- ☐ Netzwerkarbeit

Weitere Informationen

<https://www.dgppn.de/die-dgppn/referate/praevention-psychischer-erkrankungen.html>

erapie,
alkunde

VERANSTALTUNGEN ▾
LEITLINIEN & PUBLIKATIONEN ▾
DIE DGPPN ▾
PRESSE ▾
MITGLIEDER ▾

Home | Die DGPPN | Referate | Prävention psychischer Erkrankungen

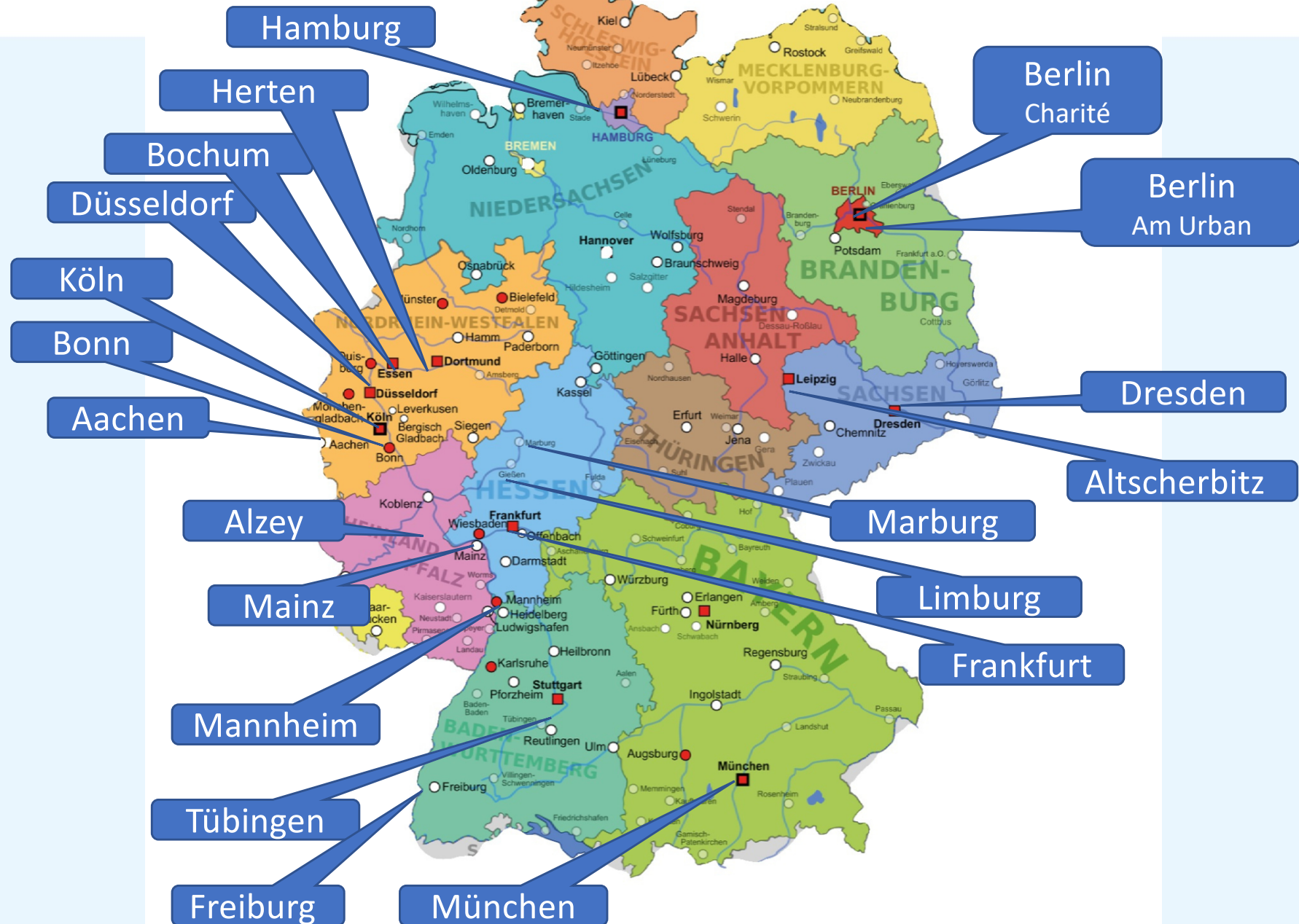
Prävention psychischer Erkrankungen

Primärprävention gehört inzwischen zu den wichtigsten Zielsetzungen heutiger Psychiatrie. Doch trotz der Chancen, die eine Früherkennung schwerer psychischer Erkrankungen bietet, gibt es in Deutschland noch kein flächendeckendes Angebot. Die Mitglieder des DGPPN-Referats „Prävention psychischer Erkrankungen“ forschen in multizentrischen Studien zur Früherkennung und Frühintervention und setzen sich für mehr Präventionsangebote ein.

Bei schizophrenen Erkrankungen dauert es im Durchschnitt 15 Monate, bis die Betroffenen nach dem Auftreten der ersten Symptome eine Therapie bekommen. Bei bipolaren Störungen sind es sogar zehn Jahre. Diese langen Zeiträume ziehen schwere Beeinträchtigungen für Betroffene und Angehörige nach



Früherkennungscentren in Deutschland



FETZ Rheinhessen



RHEINHESSEN-FACHKLINIK ALZEY Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ) Rheinhessen

Haus Rotenfels / PIA-Sekretariat
Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey

Telefon (0 67 31) 50-18 33 (Anrufbeantworter)
fetz@rfk.landesskrankenhaus.de

rheinhessen-fachklinik-alzey.de
Eine Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR).

**FRÜHERKENNUNGS- UND
THERAPIEZENTRUM (FETZ)
RHEINHESSEN**



Forschung

Forschung fördern

Verbund

Volkskrankheiten ▶ Forschungsnetz psychische Erkrankungen

ESPRIT

Im Forschungsverbund ESPRIT (Enhancing Schizophrenia Prevention and Recovery through Innovative Treatments) sollen neue Präventions- und Behandlungsansätze bei Schizophrenie erforscht werden. Schizophrenie ist eine Erkrankung des Gehirns; sie wird durch strukturelle und biochemische Veränderungen im Gehirn hervorgerufen und beeinflusst die Wahrnehmung der Realität. Sie tritt zumeist in akuten Schüben auf, sogenannten schizophrenen Episoden. Statistisch durchlebt jeder hundertste Mensch mindestens einmal im Leben eine schizophrene Episode.



Kooperation

Es besteht eine Kooperation mit der Psychose-Früherkennungsambulanz Rheinhessen der Universitätsmedizin Mainz

unimedizin-mainz.de/psychose-frueherkennung

Kontakt

■ psychosefrueherkennung@unimedizin-mainz.de

Internationale Perspektive

Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence



frontiers
in Psychiatry

Paolo Fusar-Poli^{1,2,3*}, on behalf of the Healthy London Partners

TABLE 2 | Evaluation studies on mental health programs for young people (aged 10–30 years) that include a mental health function and are integrated—in that they bring together or provide a range of physical health, mental health, and social service foci. Adapted from Ref. (71).

Your mental health services	Country	Number of services	Established	Age range	Target issues	Position in care system	People accessing the service
Jigsaw	Ireland	10	2008	12–25	Mental health	Primary care	8,000
Headspace	Australia	110	2006	12–25	Mental and physical health	Primary and secondary care	80,000
Maisons des Adolescents	France	104	2004	11–25	Mental and physical health	Primary and secondary care	310,000
Youth One Stop Shops	New Zealand	11	1994	10–25	Mental and physical health	Primary care	34,000
Foundry	Canada	11	2015	12–24	Mental and physical health	Primary and secondary care	912
Youth One Stop Shops	Ireland	4	2009	11–25	Mental and physical health	Primary care	NA
ACCESS Open Minds	Canada	Underway					
Integrated Collaborative Care Team	Canada	Underway					
Your Choice	New Zealand	1	2008	10–24	Mental health	Primary care	976
Community Health Assessment Team	Singapore	1	2009	16–30	Mental health	Between primary and secondary care	601
The Well Centre	UK	1	2011	13–20	Mental and physical health	Primary care	934
Youthspace	UK	1	2011	16–25	Mental health	Unclear	NA
The Junction	UK	1	2003	11–18	Mental health	Secondary care	494
Supporting Positive Opportunities with Teens	US	1	2008	13–24	Mental and physical health	Primary care	1,729
Adolescent Health Service	Israel	NA	1993	12–18	Mental and physical health	Primary care	838
Rural Clinic for Young People	Australia	1	2010	12–18	Mental and physical health	Primary care	4,350
KYDS Youth Development Service	Australia	1	2005	12–18	Mental health	Unclear	1,600
Youth Stop	Australia	1	2010	12–25	Mental health	Unclear	20

REVIEW
published: 07 June 2019
doi: 10.3389/fpsy.2019.00355

Psychose-Prävention ist möglich

- Klinischen Kriterien im Sinne von **Risikosymptomen**, ergänzt durch einen **Mehrebenen-Ansatz** (neuropsychologische, hirnstukturelle und hirnfunktionelle sowie genetische Daten und Biomarker)
- ☐ **Hohe Vorhersagekraft:** Psychoseprädiktion ähnlich gut wie bei körperlichen Erkrankungen oder demenziellen Syndromen.
- ☐ **Spezialisierte Früherkennungszentren:**
 - niederschwellig zugänglich, „jugendfreundlich“
 - Offenes Angebot für Hilfesuchende
 - Beziehungsaufbau, Transition begleiten
 - Cave: (Selbst)-Stigmatisierung
- **kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte psychotherapeutische Interventionen** erste Wahl.
- ☐ Bei hoher subjektiver Belastung **Antipsychotika** der zweiten Generation (niedrig dosiert).
- ☐ **Neuroprotektive Substanzen** vielversprechende künftige Optionen:
 - Omega-3-Fettsäuren und Nitroprussid (keine Replikation erster positiver Ergebnisse)
 - Glycin und N-Acetylcystein

Psychotische Symptome bei anderen Erkrankungen



Diagnostische und therapeutische Herausforderung

- Substanzinduzierte Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen, emotional-instabile PS-Störung
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Hirnorganische Erkrankungen, insbesondere bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen

- ⇒ Spezialisierung in Zentren für Menschen mit geistiger Behinderung
- ⇒ Zusammenarbeit mit Zentren für Psychiatrie und Psychotherapie
- ⇒ Einbezug Angehöriger bzw Betreuungspersonen
- ⇒ Komplexe, sehr individuelle Konstellationen
- ⇒ Therapeutische Optionen:
 - ⇒ systemische und verhaltenstherapeutische PT
 - ⇒ Medikation?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Priv.-Doz. Dr. Anke Brockhaus-Dumke
Chefärztin Abt. 1 für Allgemeinpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Freitag, 22. November 2019

