

Branik, Emil und Meng, Heiner

## **Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 10, S. 751-765*

urn:nbn:de:bsz-psydok-44732

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness) . . . . .	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders) . . . . .	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy) . . . . .	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped) . . . . .	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling) . . . . .	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services) . . . . .	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation) . . . . .	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view) . . . . .	777

## Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry) . . . . .	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia) . . . . .	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) . . . . .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results) . . . . .	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context) . . . . .	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal) .....	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness) .....	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test) .....	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions) .....	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children) .....	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?) .....	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources) .....	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease) .....	17

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry) .....	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality) .....	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents) .....	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children) .....	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints) . . . . .	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study) . . . . .	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy) . . . . .	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches) . . . . .	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments) . . . . .	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg) . . . . .	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?) . . . . .	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety) . . . . .	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school) . . . . .	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies) . . . . .	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood) . . . . .	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches) . . . . .	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations) . . . . .	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options) . . . . .	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy) . . . . .	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems) . . . . .	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior) .....	440
--	-----

### Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle) .....	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley) .....	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin) .....	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke) .....	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski) .....	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer) .....	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg) .....	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber) .....	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff) .....	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl) .....	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner) .....	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke) .....	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel) .....	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer) .....	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz) .....	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch) .....	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch) .....	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel) .....	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich) .....	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken) .....	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. ( <i>D. Gröschke</i> )	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> )	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. ( <i>G. Gröschke</i> )	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. ( <i>W. Schweizer</i> )	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> )	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. ( <i>L. Unzner</i> )	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. ( <i>D. Gröschke</i> )	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. ( <i>E. Butzmann</i> )	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> )	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> )	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. ( <i>L. Unzner</i> )	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. ( <i>K. Sarimski</i> )	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. ( <i>K. Sarimski</i> )	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. ( <i>D. Irblich</i> )	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. ( <i>D. Irblich</i> )	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> )	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie ( <i>D. Gröschke</i> )	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. ( <i>L. Unzner</i> )	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. ( <i>M. Hirsch</i> )	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. ( <i>J. Schweitzer</i> )	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. ( <i>L. Unzner</i> )	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. ( <i>L. Unzner</i> )	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. ( <i>K. Mauthe</i> )	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. ( <i>K. Mauthe</i> )	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. ( <i>L. Unzner</i> )	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. ( <i>B. Helbing-Tietze</i> ) .....	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> ) .....	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	823

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). ( <i>K. Waligora</i> ) .....	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). ( <i>K. Waligora</i> ) .....	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). ( <i>K. Waligora</i> ) .....	465

Editorial / Editorial .....	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors .....	61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates .....	67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements .....	69, 139, 212, 472, 651, 750

## **Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz**

Emil Branik und Heiner Meng

### **Summary**

On the dilemma of early neuroleptic intervention in prepsychotic states in adolescence

It will be largely supposed that early intervention in schizophrenia improves the outcome of the illness. The paper summarizes the up today significant knowledge about the early recognition and treatment of schizophrenic psychosis in the adolescence. It will be pointed at the diagnostic difficulties and peculiarities in this age group. A comprehensive repeated assessment is necessary if prodromal symptoms of schizophrenia respectively psychotic states have to be taken in account. It will be pleaded for a early low dosis therapy with atypical neuroleptics to prevent the "psychotic catastrophe", that means the full outbreak of the disease. The pharmacotherapy should be a part of an intensive multimodal treatment program. The longstanding continuity of the relations to one and the same treatment setting and therapist responsible for it seems to influence the outcome positively.

**Keywords:** psychosis – schizophrenia – adolescence – early intervention – pharmacotherapy

### **Zusammenfassung**

Es gilt als inzwischen weitgehend erwiesen, dass die Frühbehandlung von schizophrenen Psychosen den ansonsten in der Mehrzahl ungünstigen Verlauf der Erkrankung positiv beeinflusst. Der Aufsatz fasst klinisch relevantes Wissen über die Früherkennung und -behandlung schizophrener Psychosen in der Adoleszenz zusammen. Es wird auf die Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose und Besonderheiten in der Therapie in dieser Altersgruppe hingewiesen. Eine umfassende wiederholte Diagnostik bei Verdacht auf prodromale Symptome einer Schizophrenie bzw. bei psychotischen Zuständen ist vonnöten. Es wird für eine früh einsetzende einschleichende niederdosierte Therapie mit atypischen Neuroleptika plädiert, um die „psychotische Katastrophe“, also den Ausbruch des vollen Krankheitsbildes zu ver-



hindern. Die Pharmakotherapie sollte in einen intensiven multimodalen Behandlungsplan eingebettet sein. Die langfristige Therapie- und Beziehungskontinuität scheinen den Erfolg positiv zu beeinflussen.

**Schlagwörter:** Psychose – Schizophrenie – Adoleszenz – Frühintervention – Pharmakotherapie

## 1 Einleitung

Der Wechsel der Blickrichtung bei der Erforschung und Behandlung von schizophrenen Erkrankungen weg von der floriden Psychose hin in die Vorphase der Störung führte zu einer starken Zunahme des Interesses und neuen Vorgaben im Umgang mit sog. präpsychotischen und psychotischen Zuständen. Früherkennung von Psychosen und eine spezifische Frühintervention sind heute ein Muss für jeden verantwortungsvollen Helfer. Hierbei stößt man allerdings auf definitorische und konzeptionelle Schwierigkeiten. Der Begriff „Psychose“ wird infolge moderner forschungsgeleiteter diagnostischer Kriterien wesentlich enger definiert als früher (Volkmar 1996). Dennoch ist es in DSM-IV und ICD-10 noch nicht gelungen, eine verbindliche Definition des Psychosebegriffes einzuführen. Auch DSM-IV kommt nicht umhin, „bei den unterschiedlichen Störungen des Kapitels (Schizophrenie) unterschiedliche Aspekte der verschiedenen Definitionen von *psychotisch* hervorzuheben“ (Saß et al. 1996). In der Literatur wird auf die Notwendigkeit einer Verkürzung der Dauer einer unbehandelten Psychose (DUP = Zeitspanne zwischen dem Auftreten erster klarer psychotischer Symptome bis zum Behandlungsbeginn) hingewiesen, nicht zuletzt im Hinblick auf die Erkenntnis, dass psychotische Störungen neben psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen medikamentöse Interventionen erforderlich machen. Die Dauer der unbehandelten Psychose muss abgegrenzt werden von der Dauer der unbehandelten *Krankheit*, nämlich der Zeitspanne zwischen dem Einsetzen klarer Veränderungen im Erleben und Verhalten der Betroffenen bis zum Eintreten erster psychotischer Symptome. Bezeichnungen wie ‚präpsychotisch‘ oder ‚prodromal‘ können nur retrospektive Begriffe sein. In ähnlicher Weise sind die meisten Diagnosen aus dem Spektrum psychotischer Störungen an Zeitfaktoren gebunden. Dabei ist anzumerken, dass die Bezeichnung „präpsychotisch“ keine diagnostische Kategorie darstellt und mangels Operationalisierbarkeit kaum noch verwendet wird. Leider ist es noch nicht gelungen, den daraus entstehenden Konflikt – retrospektive Konzepte als Zielsymptom versus das Postulat der Frühintervention – durch Forschungsergebnisse zu lösen, welche zuverlässige prognostische Zuordnungen aus einem gegebenen, als gefährdet erkannten Zustand erlauben würden (Merry u. Merry 2001). Selbst mit einem differenzierten diagnostischen Aufwand in hochspezialisierten Zentren wurde bei einer als „Ultra-Highrisk“ erkannten Population lediglich eine Vorhersagesicherheit, an Schizophrenie zu erkranken, von ca. 40 % erreicht (Phillips et al. 2000; vgl. weiter unten). Dem gegenüber steht das Dilemma des Klinikers, der oft zum therapeutischen Handeln gezwungen ist, bevor diagnostische Klarheit erreicht werden konnte. In der vorliegenden Arbeit wird die wesentliche Literatur bis 2002 zur Lösung dieses Dilemmas zu-

sammengefasst, um die Grundlage für einen Vorschlag zu bieten, wie in vermuteten Prodromalzuständen vorgegangen werden soll.

### *1.1 Früherkennung und -behandlung schizophrener Psychosen in der Literatur*

Die Frage der Früherkennung und -behandlung schizophrener Psychosen ist in den letzten 15 Jahren zu einem lebhaften und spannenden Forschungsgebiet innerhalb der Psychiatrie geworden. Obwohl psychotische Störungen einen signifikanten Anstieg in der Adoleszenz verzeichnen, überrascht die relativ geringe Zahl an Studien zur Schizophrenie in diesem Lebensalter. Die Mehrzahl der Autoren und Projekte stammen aus der Erwachsenenpsychiatrie, Jugendliche stellen dort nur einen kleinen Teil der Stichproben. Die Frühbehandlung schizophrener Psychosen hat eine große prognostische Bedeutung erlangt, nachdem gezeigt werden konnte, dass die Psychose selbst eine möglicherweise „neurotoxische“ Wirkung hat: Die Prognose wird mit der Dauer der unbehandelten Phasen und der Zahl von Episoden zunehmend schlechter, ebenso die Ansprechbarkeit auf die vorhandenen Therapiemethoden (Birchwood 2000; Larsen et al. 1996, 2001; Lieberman et al. 2001; Loebel et al. 1992; McGlashan u. Johannessen 1996; McGorry 1998; McGorry et al. 1996; Wyatt 1991, 1995; Yung et al. 1996; Yung u. McGorry 1997). Diese Einsichten stehen im Einklang mit der entwicklungsneurobiologischen Hypothese der Schizophrenie, den vor dem Erkrankungsbeginn erhobenen Befunden bei später Schizophrenen, der Analyse von verschiedenen Phänotypen und Verlaufsformen der Schizophrenien sowie den neurobiologischen Befunden (Alaghband-Rad et al. 1995; Jacobsen u. Rapoport 1998; Keshavan et al. 1998). Das Verhältnis zwischen langer DUP und schlechten Verläufen ist allerdings komplex und man bemüht sich, die Auswirkungen der DUP auf verschiedene Verlaufsdimensionen zu analysieren (Malla et al. 2002) sowie auch als „neurotoxische“ (d.h. hirnstrukturell und kognitiv wirksame) Faktoren, welche die DUP beeinflussen, kritisch zu reflektieren (Norman et al. 2001; Verdoux et al. 2001).

Fallon et al. (1996) weckten mit ihrem Projekt die Hoffnung, durch Früherkennung und Frühintervention die Inzidenz der Erkrankung senken zu können (vgl. auch Larsen et al. 2001). Bei der erwiesenermaßen langen Zeit, bis eine Psychose üblicherweise angemessen und konsequent behandelt wird (Johnstone et al. 1986; Larsen et al. 1996; Loebel et al. 1992), geht man heute davon aus, dass die Diagnose gemäß den gültigen, immer noch stark auf das Vorhandensein von psychotischen Symptomen orientierten Klassifikationssystemen eigentlich zu spät gestellt wird (vgl. Tsuang et al. 2000). Wenn man sich auf den Altersbereich der Adoleszenz beschränkt, sind die Schwierigkeiten noch größer. Die aus der Erwachsenenpsychiatrie stammenden diagnostischen Kriterien sind für das Jugendalter nicht ganz befriedigend, da sie die entwicklungs-spezifischen Besonderheiten der Syndrommanifestationen bei Adoleszenten nicht hinreichend berücksichtigen (McClellan 1999). Dadurch sind diagnostische Unsicherheiten bei dieser Altersgruppe häufig, zumal psychotische Symptome in der Adoleszenz auch bei nicht-schizophrenen Erkrankungen vorkommen (AACAP 2001; Altman et al. 1997; Calderoni et al. 2001; McKenna et al. 1994; Nicolson et al. 2001; Schreier 1999; Werry et al. 1991). Schizophrene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen weisen in mehr als der Hälfte der Fälle Phasen von mehr oder weniger klinisch fassbaren Vorläufern auf (AACAP 2001; Merry u. Werry 2001). Die Prodromal-

phase zählt nach DSM-IV zur Erkrankung selbst, was derzeit allerdings im Hinblick auf relevante klinische Konsequenzen noch diskutabel ist (Yung u. McGorry 1996a). Larsen et al. (1996) weisen auf die Problematik des Prodrombegriffs hin, weil diverse unspezifische Störungen in vielen Fällen längst vorhanden und gegebenenfalls Vorläufer einer später ausgebrochenen Psychose gewesen sein können. Naturalistische Erwachsenenstudien weisen auf die psychopathologische Kontinuität zwischen den angedeuteten, quasi abgeschwächten psychotischen Symptomen der Prodromalphase und den klar psychotischen Symptomen gemäss PANSS hin (Moller 2001; Klosterkötter 1992). Auch Yung und McGorry (1996) betonen die Wichtigkeit, Prodromalsymptome qualitativ und erfahrungsnah zu erfassen, um dem Problem der Unspezifität abzuhelpfen. Die Prodromalphase einer Schizophrenie ist wie auch immer nach dem gültigen Verständnis ein retrospektives Konstrukt, indem sie als solche nur dann benannt werden kann, wenn ihr eine schizophrene Episode gefolgt ist. Obwohl es Arbeiten (aus der Erwachsenenpsychiatrie) gibt, die bei entsprechendem methodischen Vorgehen aus dem Prodromalsyndrom eine hohe prädiktive Voraussagekraft für das spätere Einsetzen von schizophrenen Erkrankungen ableiten (Klosterkötter et al. 2000), ist es im klinischen Alltag kaum ausreichend spezifisch als solches festzumachen, um verlässliche Hinweise zu geben, ob es sich wirklich um eine beginnende Schizophrenie handelt, d.h. vorsichtiger ausgedrückt um einen akuten Risikozustand („at risk mental state“), an einer Schizophrenie zu erkranken (McGorry et al. 1995; Phillips et al. 2000; Walter et al. 2001; Yung u. McGorry 1996). Zusammengefasst ist die Diagnose einer Schizophrenie in der Adoleszenz keinesfalls einfach. Die Frage der „falsch positiven“ oder „falsch negativen Fälle“ stellt bei der Entscheidungsfindung, wann und mit welcher Therapie zu beginnen ist, eine Erschwernis dar, im Falle einer Schizophrenie dem kaum reversiblen Chronifizierungsprozess durch eine zeitgerechte therapeutische Intervention zuvorzukommen. Die Adoleszenz mit ihren hohen psychosozialen Entwicklungsanforderungen beinhaltet gerade bei Individuen mit entsprechender Vulnerabilität ein erhöhtes Risiko, schizophren zu erkranken (Remschmidt 2002; Weinberger 1987). Daher wären alle Anstrengungen und sogar gewisse Risiken gerechtfertigt, den Ausbruch einer derart schwerwiegenden Erkrankung nach Möglichkeit zu verhindern oder ihren oft negativen, chronischen und mehr oder minder invalidisierenden Verlauf günstig zu beeinflussen. Langzeitevaluationen über die Wirkung einer frühen aktiven Behandlungsstrategie auf den Gesamtverlauf fehlen allerdings noch, dies trifft besonders auf die differenzierte Gewichtung der einzelnen Therapiekomponenten (z. B. Medikamente) zu.

Die nachfolgende Diskussion der heute vorliegenden Argumente für oder gegen eine Frühbehandlung von Jugendlichen mit präpsychotischen Zuständen als ob es sich um Prodromalsymptome der Erstmanifestation einer Schizophrenie handeln würde, stützt sich auf eine Auswahl aus der neueren Literatur zum Thema, die mit Hilfe einer Datenbankrecherche<sup>1</sup> erfolgte. Die Auswahl wurde nicht unter dem Gesichtspunkt der Vollständigkeit vorgenommen, sondern um zu klinisch relevanten Aussagen zu kommen.

---

<sup>1</sup> Medline unter den Stichwörtern „prodromal signs OR prodromal phase OR prodromal symptoms AND schizophrenia AND children and adolescents“. Zusätzlich wurden relevante – teilweise ältere – Arbeiten berücksichtigt, die durch manuelle Recherche in Übersichtsartikeln und mittels einer Datenbanksuche (Medline, PsycLit, Psynex) gemäß den Stichwörtern „schizophrenia AND treatment AND children and adolescents“ gefunden wurden.

Die Notwendigkeit einer kritischen Evaluation der gängigen Praxis in der Behandlung von Jugendlichen mit einem klinisch begründeten Psychoseverdacht resultiert erstens aus Erfahrungen im klinischen Alltag: Hier kann bei dieser Verdachtsdiagnose nicht selten eine (Be-)Handlungsagonie beobachtet werden. Zweitens legen die Daten, die im Rahmen der Verbundstudie Psychosen in der Adoleszenz (VESPA) erhoben worden sind, nahe, dass der Ernsthaftigkeit des klinischen Zustandes oft nicht die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen gegenüberstehen (Meng et al., in Vorbereitung).

## **2 Verdacht auf den möglichen Beginn einer Schizophrenie im Jugendalter – Voraussetzungen zur Entscheidung, spezifisch zu behandeln**

Mangels ausreichender Daten für das Kindes- und Jugendalter müssen für verschiedene Fragestellungen bezüglich der Frühbehandlung von Schizophrenie nach wie vor Befunde aus der Erwachsenenforschung herangezogen werden oder Schlüsse aus Studien gezogen werden, die Adoleszente nur zu einem kleinen Teil erfasst haben (AACAP 2001; Hollis 2001). Es sei festgehalten: Wenn wir über Therapie der Schizophrenie sprechen, bedeutet dies nach dem heutigen Stand des Wissens über ihre Ursachen und Pathogenese immer nur eine symptomatische Behandlung sowie eine Modifikation des Verlaufes und der ansonsten gerade bei frühem Beginn schlechten Prognose (vgl. z.B. Bryden et al. 2001; Carpenter 2001; Kumra 2000). Wie bei Erwachsenen kann auch bei Jugendlichen nicht nur der Beginn, sondern auch der Verlauf unterschiedlich sein. Konvergierend sind aber Ergebnisse, die eine deutlich schlechtere Prognose eines juvenilen Erkrankungsbeginns belegen. 80% derjenigen, die mehr als eine Krankheitsepisode hatten, erfahren nur eine unvollständige Genesung (Werry u. Taylor 1994; Übersicht bei Merry u. Werry 2001). Retrospektiv lässt nicht sicher sagen, ob gute Verläufe durch den Spontanverlauf, die Therapie, zusätzliche Variablen oder deren Interaktion bedingt sind.

### *2.1 Zur Diagnose und Differentialdiagnose*

Das Überwiegen von schleichendem Beginn, unterschiedlich langer Prodromalphase, Minussymptomatik, reifungsabhängiger Variabilität der Symptome, Symptomüberschneidungen mit anderen psychischen und Entwicklungsstörungen und unterschiedliche Phäno- und Verlaufstypen können die Diagnose schizophrener Psychosen im Jugendalter erschweren (Hollis 2001). Trotz einer wachsender Zahl neurobiologischer Befunde gibt es keinen spezifischen biologischen Marker für die Erkrankung. Eine wiederholte gründliche Diagnostik unter Zuhilfenahme standardisierter Instrumente und Verlaufsbeobachtung sind unabdingbar, wenn einerseits ein früher Behandlungszeitpunkt angestrebt, andererseits die Behandlung „falsch positiver“ Fälle vermieden werden soll. Eine ganze Reihe von psychischen Störungen des Jugendalters geht mit psychotischen Symptomen einher, die im Querschnitt den positiven Symptomen der Schizophrenie gleichen oder den Negativsymptomen

ähneln können. Entsprechend sind die Raten von Schizophrenie-Erstdiagnosen, die im weiteren Verlauf bestätigt werden, ernüchternd (Gordon et al. 1994; McKenna et al. 1994; Werry et al. 1991). Selbst in spezialisierten Zentren ist die Voraussagekraft, wie viele Mitglieder aus einer sorgfältig selektierten und abgeklärten Ultra-Hochrisiko-Gruppe tatsächlich eine akute Psychose entwickeln werden, noch nicht überragend, bei Phillips et al. (2000) war dies bei 41 % der Fall. Aus einer Hochrisiko-Gruppe entwickelten nach Yung et al. (1996) 21 % eine floride Psychose; eine genaue Voraussage war nicht möglich (vgl. auch McGorry et al. 2000). Die aktuelle Unmöglichkeit einer verlässlichen Prognose bei klinisch kritischen Zuständen („at risk mental state“) führt zur Gefahr, statt therapeutisch angemessen zu reagieren zu warten, bis sich die diagnostische Unsicherheit geklärt hat. Psychodynamische Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik kann helfen, das psychische Funktionsniveau über die deskriptive Klassifikation hinaus differenzierter einzuschätzen. Bei Ersterkrankungen müssen insbesondere die im Folgenden aufgeführten Differentialdiagnosen bei klinisch begründetem Psychoseverdacht berücksichtigt werden (AACAP 1998; AACAP 2001; Altman et al. 1997; Hollis 2001; Volkmar 1996; Werry et al. 1991):

- affektive, insbesondere bipolare Störungen,
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen,
- schwere Sprachentwicklungsstörungen,
- dissoziative und posttraumatische Störungen,
- Zwangsstörungen,
- emotionale, Persönlichkeits- und Störungen des Sozialverhaltens,
- hirnorganische Störungen (Drogen; Temporallappenepilepsie; neurodegenerative Krankheiten).

## 2.2 Zum Dilemma der präpsychotischen Intervention

Die bereits erwähnten Daten, wonach die den schizophrenen Psychosen zugrunde liegenden Prozesse vor allem in der Prodromal- und in der Ersterkrankungsphase am aktivsten sind und je nach deren Länge bleibende Defizite hinterlassen (Birchwood 2000; Loebel et al. 1992; McGlashan u. Johannessen 1996), stellt die bis vor ca. 15 Jahren vorherrschende Haltung in Bezug auf etwaige Frühintervention „mal abwarten“ ernsthaft in Frage. Auf der anderen Seite sind die Prodromalphasen und Risikozustände nicht ausreichend spezifisch (siehe oben), um das Vollbild der Schizophrenie sicher vorherzusagen und damit eine eingreifende Therapie ohne Weiteres zu rechtfertigen. Es scheint ratsam, zwischen der Behandlungsstrategie eines Prodromalzustandes und der Behandlung eines psychotischen Zustandes zu unterscheiden. Möglicherweise stehen die pathogenetisch bedeutsame Komplexität und Interaktion der verschiedenen genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren der Hoffnung entgegen, eine Schizophrenie vor ihrem klinischen Beginn vorhersagen zu können. Die Erwartung der Vorhersehbarkeit geht offenbar von einem Krankheitskonzept aus, welches ausgehend von Prodromalsymptomen gesetzmäßig abläuft wie z.B. die Masern nach dem Auftreten Koplik'scher Flecken. Die Evidenz für dieses Konzept fehlt jedoch derzeit noch. Selbst wenn Schizophrenie als

eine genetisch bedingte Erkrankung aufgefasst wird, würde die Voraussagekraft bei eineiigen Zwillingen, die dasselbe Genom und eine Vielzahl von Umwelteinwirkungen teilen, maximal 50% betragen (Gottesman u. Erlenmeyer-Kimling 2001). Zudem hatten Tienari et al. (1987; Tienari 1991) die hohe Beeinflussbarkeit eines genetisch determinierten Risikozustandes durch modulierende psycho- und familiendynamische Faktoren eindrücklich nachgewiesen. Vor etwaigem Behandlungsbeginn sollten daher neben den unspezifischen Prodromen weitere Entscheidungshilfen herangezogen werden wie Evaluation bekannter Risikofaktoren (Erbbelastung, Entwicklungsstörungen und -disharmonie, emotionale, schulische oder andere, auf herkömmliche Therapie nicht ansprechende Schwierigkeiten), durchgehend oder plötzlich gesunkenes psychosoziales Funktionsniveau, kognitive Defizite, Ausschluss anderer Störungen (organische Ursachen, Drogen) (Simon et al. 2001); Informationsquellen aus dem Umfeld des Patienten sollten hierbei stets genutzt werden. Bei Adoleszenten haben an dieser Stelle unvermeidlich entwicklungspsychopathologische und psychodynamische Betrachtungen ihren Platz, da Psychosen ein subjektives, die gesamte sich entwickelnde Persönlichkeit ergreifendes Geschehen darstellen, und bei vulnerablen Individuen sind es gerade die adoleszenztypischen Auslöser, die die Kaskade aus Selbstwertstörung, Kommunikationsdefiziten, Desaktualisierungsschwäche, Identitätsstörung, Verlust der Kontrollüberzeugungen bis zum Realitätsverlust in Gang setzen (Resch 1998).

### *2.3 Therapiebesonderheiten bei Jugendlichen*

In der Behandlung wird heute unumstritten ein multimodales (mehrdimensionales) Vorgehen empfohlen, das die besonderen Anforderungen des Jugendalters berücksichtigt (Einbeziehung von Ausbildungs-, Berufswahl-, familiären und sozialen Aspekten). Im Bereich der Pharmakotherapie wird für eine entwicklungsbezogene Psychopharmakologie mit Berücksichtigung von pharmakokinetischen Unterschieden, alterstypischen körperlichen Besonderheiten (Pubertätsveränderungen), schwereren Krankheitsformen im Vergleich zu Patienten mit einem späteren Beginn, aber auch den die Therapieantwort mitbestimmenden psychosozialen Einflüssen plädiert (Bryden et al. 2001; Clark und Lewis 1998; Lehman et al. 1998; Remschmidt et al. 2001; Schulz et al. 1999). Während der Einsatz von Neuroleptika eine wesentliche Säule in der Behandlung von Psychosen bildet, sind die empirischen Daten in Bezug auf Jugendliche generell sehr spärlich (Campbell et al. 1999; Jensen et al. 1999; Lewis 1998; Kumra 2000; Walter et al. 2001). Dies gilt noch akzentuierter für die Langzeiteffekte der wegen der geringeren extrapyramidalen Nebenwirkungen zunehmend als Mittel der ersten Wahl favorisierten neuen atypischen Neuroleptika, deren ebenfalls vorhandenen, ihnen eigenen Nebenwirkungen beachtet werden sollten (Lewis 1998; Kumra 2000; Remschmidt et al. 2000; Schulz et al. 1999; vgl. auch Voruganti et al. 2000). Ob alle diese Substanzen – wie Clozapin mit seinen Einsatzbeschränkungen als Mittel der ersten Wahl – die Zahl der Non-Responder werden nachhaltig senken können, bleibt abzuwarten (Campbell et al. 1999; Chakos et al. 2001; Remschmidt et al. 2001; Schulz et al. 1999). Einen hohen Stellenwert für die Compliance und Wirkung sollte dem subjektiven Erleben der Jugendlichen und ihrer Angehöri-

gen angesichts einer längerfristigen Medikation beigemessen werden. Das Medikament kann verschiedene Bedeutungen annehmen: Von der Entlastung von eigenen Verantwortlichkeitsgefühlen über den Beweis, dass man einen irreparablen Defekt hat und hoffnungslos abhängig ist, bis zur Bestätigung von Schuld und Unzulänglichkeit (Rappaport u. Chubinski 2000). Eine der wichtigsten Empfehlungen für die Behandlung von Adoleszenten im Allgemeinen und Erstmanifestationen im Besonderen ist die Applikation niedriger, langsam ansteigender Neuroleptikadosen, da diese Altersgruppe empfindlicher gegenüber extrapyramidalen Nebenwirkungen ist und bei Erstanwendung ohnehin besser auf die Medikamente anspricht (Bryden et al. 2001; Merlo 1996; Remington et al. 1998). Man sollte bei der Wahl der Substanz zwischen ihrer antipsychotischen und das Verhalten betreffenden Wirkung unterscheiden (z.B. Sedierung bei Aggression), auch wenn sie oft nicht unabhängig voneinander sind. Adjuvante Medikation (z.B. Benzodiazepine, Mood-Stabilizer, unter besonderen Umständen Antidepressiva) ist unter Beachtung von Neben-, gegensätzlichen, paradoxen Wirkungen und Interaktionen möglich. Sollte sich die Schizophrenie-Diagnose bestätigen, wird die neuroleptische Therapie auch bei Rückbildung der Symptome mindestens 1-2 Jahre (und ggf. länger) in niedrigerer Dosis fortgeführt, bevor in kleinen Schritten Absetzversuche unternommen werden, da sonst in hoher Zahl mit akuten Rezidiven zu rechnen ist.

Von der Behandlung der gesicherten Schizophrenie muss die Intervention bei einem Zustand unterschieden werden, bei dem eine Schizophreniegefährdung zwar erkannt, die diagnostischen Kriterien aber (noch) nicht erfüllt und damit die Indikation für eine klassische Schizophreniebehandlung noch nicht gegeben ist. Dies sei durch folgende Fallvignette illustriert:

Die 14-jährige Elvira, wie wir sie hier nennen wollen, meldete sich zusammen mit ihrer Mutter nach einem Besuch beim Hausarzt bei einer niedergelassenen Psychiaterin, weil sie in der Schule plötzliche Panikattacken erlitt und über Gedankenabreißen, Depersonalisationsphänomene und Suizidgedanken berichtete. Der Schulbesuch am folgenden Tag war nicht mehr möglich. Einige Tage später wurde sie in einer Zentrumsambulanz vorgestellt. Sie war eine somatisch akzelleriert entwickelte, gemäß der Anamnese bis dahin hoch ambitionierte, leistungsorientierte, erfolgreiche Gymnasiastin mit einem beeindruckenden Pensum an Aufgaben, die weit über den Schulbereich hinaus reichten. Im Zusammenhang mit der aktuellen Krise kam es wegen des „Chaos im Kopf“, wie sie es nannte, zu einem völligen Leistungseinbruch. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik – die zum Untersuchungszeitpunkt bereits wieder etwas abgeklungen war – wurde eine psychotische Episode diagnostiziert und eine Behandlung mit einem niederpotenten Neuroleptikum (Chlorprothixen; 45 mg/d) begonnen. Flankierend wurden die Symptome sowohl der Patientin als auch ihren Angehörigen vor dem Hintergrund eines Vulnerabilitäts-/Stressmodells erläutert, und es wurde auf die Gefahr einer möglichen psychotischen Entwicklung hingewiesen. Mit einem multimodalen Vorgehen (Reizabschirmung, Leistungskarenz, Medikation, Installation einer Psychotherapie) konnte eine schnelle Entlastung herbeigeführt werden. Nach zwei Wochen drängte die Patientin auf eine Reduktion der Medikamentendosis, die vertretbar erschien. Die Empfehlung einer weiteren leistungsmäßigen und psychosozialen Schonung – es stand eine anstrengende Klassenfahrt an – wurde aufrecht erhalten, jedoch von der Jugendlichen nicht befolgt. Die Reise führte zu einer erneuten deutlichen Zustandsverschlechterung. Die Erhöhung der Medikamentendosis auf die ursprüngliche Höhe brachte erneut rasche Besserung. In der Folge von der Episode war ein deutlich vertieftes Verständnis der aktuellen psychosozialen Situation auf Seiten der

Patientin möglich, ihre Compliance bei der Behandlung nahm zu. Mit kontinuierlicher Begleitung und unter den auf die aktuelle klinische Situation abgestimmten Behandlungsschritten konnte die Patientin über einen Zeitraum von einigen Wochen an eine ihrer Belastbarkeit angemessene Leistungsbereitschaft herangeführt werden, die definitiv unter dem ursprünglichen, als übertrieben beurteilten Pensum lag. Am Ende der überbrückenden Betreuung durch die Zentrumsambulanz konnte die Patientin die Behandlung bei einem niedergelassenen Kollegen fortsetzen.

Während es über die Wirkung psychosozialer Behandlungsmethoden bei juvenilen ersterkrankten Psychotikern nur wenige empirische Evaluationen gibt, lassen sich doch aus dem Erwachsenenbereich wertvolle Anregungen entnehmen (Asarnow et al. 2001; Remschmidt et al. 2001). Hier erwiesen sich vor allem speziell angepasste, bevorzugt im Einzelsetting durchgeführte, auf den Erwerb von sozialen Fertigkeiten, Selbstwahrnehmung und Selbstregulation fokussierte, psychoedukative und hierbei auch die Familie einbeziehende Vorgehensweisen als wirksam (Asarnow et al. 2001 und dortige Literaturhinweise: u.a. Goldstein 1995; Hogarty et al. 1995). Die Metaanalyse kontrollierter Evaluationsstudien von Mojtabai et al. (1998) spricht psychosozialen Behandlungen bei Schizophrenie vor allem auf denjenigen Gebieten eigenständige positive Wirkungen zu, auf welchen die Medikamente weniger effektiv sind (Negativsymptome, Chronizität). Sie präferiert Einzel- oder familienbezogene Interventionen gegenüber Gruppenanwendungen und fasst zusammen, dass individuelle Patientenmerkmale und die unspezifischen Therapieeffekte für das Ergebnis wichtiger sind als spezielle schulenorientierte Modalität oder Orientierung. Hinsichtlich der Patientenmerkmale spielt übrigens für den Krankheitsverlauf von im Jugendalter eingesetzten Schizophrenen die prämorbid soziale Anpassung mit die wichtigste Rolle (Werry et al. 1991), was die Wichtigkeit psychosozialer Behandlungskomponenten unterstreicht.

Die Erfolgchancen bei Jugendlichen dürften insgesamt betrachtet durch Therapieanstrengungen bestehend aus drei Säulen, nämlich psychosoziale Behandlung, Psychotherapie unter Beachtung der Beziehungskontinuität und Pharmakotherapie, verbessert werden (Asarnow et al. 2001; Linszen et al. 1998; Remschmidt et al. 2001). Der Umgang mit den Reaktionen und Verarbeitungsprozessen infolge der Konfrontation mit der „psychotischen Katastrophe“ aufseiten der betroffenen Jugendlichen, ferner mit der Diagnose und dem vorgeschlagenen Therapieplan sowie ihren jeweiligen sozialen Auswirkungen stellen an den Kliniker besondere Herausforderungen. Es gibt nur wenig Literatur speziell zur Behandlung von Frühphasen schizophrener Psychosen im Jugendalter und keine verbindliche Standardbehandlung. Das Vorgehen muss an jeden Einzelfall angepasst und sozialen Therapiemaßnahmen ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Nur so können die jeweils individuellen Reaktionen der Verleugnung, Auflehnung, Wut, Depression usw. verstanden und bearbeitet werden. Die Nähe-/Distanz-Regulation und Fragen der Abhängigkeit und Autonomie stellen für psychotische Jugendliche zentrale Erlebnis- und Konfliktbereiche dar, deren gelingende oder misslingende Lösung den Verlauf und die Behandlungsakzeptanz mitbestimmen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild „schizophrene Störungen“ lässt uns wegen des Anspruchs auf Reliabilität der Forschungsbefunde leicht vergessen, dass wir es mit einem äußerst heterogenen Patientenkollektiv, eben der „Gruppe der Schizophrenen“ (Bleuler), zu tun haben.



Jeder erfahrene Kliniker kennt das Phänomen, zu manchen Patienten einen sehr empathischen, verstehenden Umgang zu finden, während es bei anderen das Gegenteil sein kann – beides eine Aufforderung, den subjektiven Faktoren auch aufseiten der Behandelnden mehr Beachtung zu schenken.

### 3 Schlussfolgerungen

Alle effektiven Behandlungsformen der Schizophrenie scheinen nur solange zu wirken, wie sie appliziert werden, und sie sollten frühestmöglich einsetzen (McGlashan u. Johannessen 1996). Einen interessanten Beitrag zu diesem Thema liefert die Studie mit jungen Erwachsenen (im Mittel 19 Jahre) mit kurzer Phase unbehandelter Psychose von Linszen et al. (1998, 2001). Sie zeigt, dass eine frühe differenzierte Intervention bei einem psychotischen Zusammenbruch den Kurzzeitverlauf verbessert, jedoch nicht den Langzeitverlauf nach 5 Jahren, nachdem die Patienten nach 15 Monaten an andere Betreuungsinstitutionen weitergeleitet, dabei aber weiterverfolgt wurden. Nach fünf Jahren entsprach der Verlauf in etwa den in anderen Studien angeführten Zahlen mit nur 23 %, die keine erneute psychotische Episode erlitten, während über die Hälfte Rückfälle und 25 % anhaltende Positivsymptome hatten. Die Autoren interpretieren ihre Befunde dahingehend, dass Kontinuität der umfassenden Behandlung und therapeutischer Beziehungen sowie ein wirksames Management der Medikation und des Stresses eine Schlüsselrolle in den ersten fünf Jahren nach dem Ausbruch der Psychose spielen. Abgesehen von der hier betonten Variable des nach 15 Monaten veränderten und weniger intensiven Behandlungssettings sollte auch gemäß dem „Plateaueffekt“, wonach die Psychopathologie der Schizophrenie nach einigen stürmischen Jahren nach dem Erkrankungsbeginn abnimmt (Eaton et al. 1995; Mason et al. 1995; McGlashan 1988; Thara et al. 1994), eine intensive kontinuierliche Behandlung während der „kritischen Periode“ von 3 bis 5 Jahren und möglicherweise darüber hinaus geleistet werden (Birchwood 2000).

Die Metaanalyse der Literatur des 20. Jahrhunderts über die Verläufe von Schizophrenien von Hegarty et al. (1994) zeigt zwar, dass auch in der präneuroleptischen Ära die Verläufe nicht zwingend desolat waren und bestätigt McGlashan (1988), dass nämlich Schizophrenieverläufe durchaus Umfeld- und psychosoziale Einwirkungen reflektieren. Hegarty et al. (1994) belegen darüber hinaus, dass die Verlaufsergebnisse nicht nur durch die Einführung der Neuroleptika, sondern auch von den früher weiter und nach 1980 enger gefassten diagnostischen Kriterien beeinflusst wurden. Für die Gegenwart mit strengeren diagnostischen Grenzen weisen sie günstige Verläufe bei nur etwas mehr als einem Drittel der Kranken nach. Die Verläufe der im Jugendalter einsetzenden Schizophrenien sind jedoch offensichtlich schlechter. Mit guten Verläufen in nur ca. 20 % der Fälle und schlechten Verläufen um die 50 % zu rechnen (Gillberg 2001; vgl. auch Eggers u. Bunk 1997; Gillberg et al. 1993; Krausz u. Müller-Thomson 1993; Maziade et al. 1996; Remschmidt 2002; Werry et al. 1994). Alles in allem kann aber nicht angenommen werden, dass die früh beginnenden Schizophrenien eine größere ätiologische Homogenität hätten als jene mit Beginn im jungen Erwachsenenalter (Hollis 2001).

Zusammengefasst ergeben sich aus der in vorigen Abschnitten rezipierten Datelage folgende Behandlungsüberlegungen:

- Der Einsatz von Neuroleptika bei Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie setzt eine gründliche und umfassende Diagnostik und Differentialdiagnose voraus, die wiederholt überprüft werden muss.
- Die drohenden „sekundären Defizitprozesse“ (McGlashan u. Johannessen 1996) sowie die Verschlechterung der Therapieansprechbarkeit lassen eine frühe neuroleptische Behandlung auch schon beim begründeten Verdacht auf eine potentielle psychotische Entwicklung und Fehlen anhaltender psychotischer Symptome als erstrebenswert erscheinen. Dabei sollten wegen des in der Regel günstigeren Nebenwirkungsprofils primär atypische Neuroleptika in niedrigen, am klinischen Bild orientierten, langsam steigenden Dosen empfohlen werden. Eine quasi prophylaktische Gabe vor dem Ausbruch psychotischer Symptome kann bei dem heutigen Wissensstand, der Unspezifität der Prodromalsymptome und differentialdiagnostischen Problemen jedoch nur kurzfristig und unter engmaschiger Überwachung bis zur weiteren Aufklärung des Krankheitsgeschehens gerechtfertigt sein. Diese Indikation beruht im Wesentlichen auf den Erkenntnissen über die verheerenden, mitunter traumatisierenden und daher möglichst zu vermeidenden Folgen eines psychotischen Zusammenbruchs auf Jugendliche (vgl. Laufer u. Laufer 1984).
- Von zentraler Bedeutung bei unklaren (prä-)psychotischen Zuständen ist die Einbettung in eine psychotherapeutische Begleitung, die eine langfristige Überwachung und gegebenenfalls Anpassung der diagnostischen und therapeutischen Einschätzung ermöglicht.
- Soziale, kontextorientierte Maßnahmen, soweit erforderlich.
- Die Psychose in der Adoleszenz im Allgemeinen und die schizophrene Psychose im Besonderen ist eine Spektrumdiagnose. Über den Stellenwert der Verlaufsbeobachtung, die nicht seltene Vorläufigkeit der diagnostischen Einschätzung, die eventuell beide Änderungen der Therapie nötig machen, müssen die Patienten und ihre Angehörigen aufgeklärt werden (Psychoedukation).
- Die neuroleptische Therapie ist nur eine Säule des zu erstellenden umfassenden, individuellen, auf die einzelnen Phasen der Erkrankung angepassten, die jugendtypischen Entwicklungsanforderungen berücksichtigenden Behandlungsplans.
- Der Behandlungsplan muss langfristig und mit der Perspektive der größtmöglichen Therapie- und Beziehungskontinuität erstellt werden.
- Obwohl für Adoleszenten praktisch keine kontrollierten empirischen Wirksamkeitsstudien hinsichtlich psychosozialer Maßnahmen vorliegen, können die Daten aus der Erwachsenenforschung unter Anpassung auf die Entwicklungsbesonderheiten und familiäre Aspekte bei Jugendlichen berücksichtigt werden. Diese sehen kognitive Methoden, Problemlösetrainings, Psychoedukation und familienorientierte, vor allem auf Bewältigungsstrategien und Milderung der Auswirkungen von „Expressed Emotions“ fokussierte Interventionen im Vorteil. Wenn die unsinnige Spaltung in „aufdeckende“ und „stützende“ Vorgehensweisen beiseite gelassen wird – gibt es überhaupt eine sinnvolle und positiv wirksame Psychotherapie, die nicht stützend ist? – kann („stützende“) psychodynamisch orientierte Psycho-

therapie wichtige Unterstützung bei der Verarbeitung des Krankheitsgeschehens, der Bewältigung der dadurch beeinträchtigten alterentsprechenden Entwicklungsschritte, Vermeidung von familiären Verstrickungen und Festigung der Therapiemotivation leisten. Eine noch ausstehende, methodisch fundierte Evaluation dieser Vorgehensweise sollte allerdings folgen, wobei sich aus der vorliegenden Datenlage durchaus genügend Handlungsanweisungen ableiten lassen, um nicht in die oft beobachtete (Be-)Handlungsabstinenz zu verfallen.

## Literatur

- Alaghband-Rad, J.; McKenna, K.; Gordon, C.T.; Albus, K.E.; Hamburger, S.D.; Frazier, J.A.; Lenane, M.C.; Rapoport, J.L. (1995): Childhood-onset schizophrenia: The severity of premorbid course. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34: 1273-1283.
- Altman, H.; Collins, M.; Mundy, P. (1997): Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *J. Child Psychol. Psychiat.* 38: 413-420.
- American Association of Child and Adolescent Psychiatry (1998): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37 (Suppl.): S27-S45.
- American Association of Child and Adolescent Psychiatry (2001): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40 (Suppl.): S4-S23.
- Asarnow, J.R.; Thompson, M.C.; Goldstein, M.J. (2001): Psychosocial factors: The social context of child and adolescent-onset schizophrenia. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Schizophrenia in children and adolescents*. S. 168-191. Cambridge: Univ. Press.
- Birchwood, M. (2000): The critical period for early intervention. In: Birchwood, M.; Fowler, D.; Jackson, C. (Hg.): *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: Wiley & Sons, S. 28-63.
- Bryden, K.E.; Carrey, N.J.; Kutcher, S.P. (2001): Update and recommendations for the use of antipsychotics in early-onset psychosis. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 11: 113-130.
- Calderoni, D.; Wudarsky, M.; Bhargoo, R.; Dell, M.L.; Nicolson, R.; Hamburger, S.D.; Gochman, P.; Lenan, M.; Rapoport, J.L.; Leibenluft, E. (2001): Differentiating childhood-onset schizophrenia from psychotic mood disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40: 1190-1196.
- Campbell, M.; Rapoport, J.L.; Simpson G.M. (1999): Antipsychotics in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38: 537-545.
- Carpenter, W.T. (2001): Evidence-based treatment for first-episode schizophrenia? *Am. J. Psychiatry* 158: 1771-1773.
- Chakos, M.; Lieberman, J.; Hoffman, E.; Bradford, D.; Sheitman, B. (2001): Effectiveness of second-generation antipsychotics in patient with treatment-resistant schizophrenia: A review and meta-analysis of randomized trials. *Am. J. Psychiatry* 158: 518-526.
- Clark, A.F.; Lewis, S.W. (1998): Practitioner Review: Treatment of schizophrenia in childhood and adolescence. *J. Child Psychol. Psychiat.* 39: 1071-1081.
- Eaton, W.; Thara, R.; Federman, B.; Melton, B.; Liang, K.-Y. (1995): Structure and course of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Arch. General Psychiatry* 52: 127-134.
- Eggers, C.; Bunk, D. (1997): The long-term course of childhood onset schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 23: 105-117.
- Faloon, I.R.H.; Kydd, R.R.; Coverdale, J.H.; Laidlaw, T.M. (1996): Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 22: 271-282.
- Gillberg, C.: Epidemiology of early onset schizophrenia. In: Remschmidt H. (Hg.): *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Univ. Press, S. 43-59.
- Gillberg, I.C.; Hellgren, L.; Gillberg, C. (1993): Psychotic disorders diagnosed in adolescence. Outcomes at age 30 years. *J. Child Psychol. Psychiat.* 34: 1173-1185.

- Goldstein, M.J. (1995): Psychoeducation and relapse prevention. *Int. Clin. Psychopharmacology* 9 (Suppl. 5): 59-69.
- Gordon, C.T.; Frazier, J.A.; McKenna, K.; Giedd, J.; Zametkin, A.; Zahn, T.; Hommer, D.; Hong, W.; Kaysen, D.; Albus, K.E.; Rapoport, J.L. (1994): Childhood-onset schizophrenia: A NIMH study in progress. *Schizophr. Bull.* 20: 697-712.
- Gottesman, I.I.; Erlenmeyer-Kimling, L. (2001): Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early-interventions in schizophrenia. *Schizophr. Research* 51: 93-102.
- Hegarty, J.D.; Baldessarini, R.J.; Tohen, M.; Waternaux, C.; Oepen, G. (1994): One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *Am. J. Psychiatry* 151: 1409-1416.
- Hogarty, G.E.; Kornblith, S.J.; Greenwald, D.; DiBarry, A.L.; Cooley, S.; Flesher, S.; Reiss, D.; Carter, M.; Ulrich, R. (1995): Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 21: 379-393.
- Hollis C. (2001): Diagnosis and differential diagnosis. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Univ. Press, S. 82-118.
- Jacobsen, L.K.; Rapoport, J.L. (1998): Research update: Childhood-onset schizophrenia: Implications of clinical and neurobiological research. *J. Child Psychol. Psychiat.* 39: 101-113.
- Jensen, P.S.; Bhatara, V.S.; Vitiello, B.; Hoagwood, K.; Feil, M.; Burke, L.B. (1999): Psychoactive Medication Prescribing practices for U.S. children: Gaps between research and clinical practice. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38: 557-565.
- Johnstone, E.C.; Crow, T.J.; Johnson, A.L.; Macmillan, J.F. (1986): The Northwick Park Study of first episode schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Brit. J. Psychiat* 148: 115-120.
- Keshavan, M.S.; Schooler, N.R.; Sweeney, J.A.; Haas, G.L.; Pettergrew, J.W. (1998): Research and treatment strategies in first-episode psychoses. *Brit. J. Psychiatry* 172 (Suppl 33): 60-65.
- Klosterkötter, J. (1992): Wie entsteht das schizophrene Kernsyndrom? *Nervenarzt* 63: 675-682.
- Klosterkötter, J.; Hellmich, M.; Schultze-Lutter, F. (2000): Ist die Diagnose schizophrener Störungen schon in der initialen Prodromalphase vor der psychotischen Erstmanifestation möglich? *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 68 (Sonderheft 1): S13-S21.
- Krausz, M.; Müller-Thomsen, T. (1993): Schizophrenia with onset in adolescence: An 11-year follow-up. *Schizophr. Bull.* 19: 831-841.
- Kumra, S. (2000): The diagnosis and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Child Adolesc. Psychiat. Clin. North Amer.* 9: 183-199.
- Larsen, T.K.; McGlashan, T.H.; Johannessen, J.O.; Friis, S.; Guldberg, C.; Haahr, U.; Horneland, M.; Melle, I.; Moe, L.C.; Opjordsmoen, S.; Simonsen, E.; Vaglum, P. (2001): Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *Am. J. Psychiatry* 158: 1917-1919.
- Larsen, T.K.; McGlashan, T.H.; Moe, L.C. (1996): First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr. Bull.* 22: 241-256.
- Laufer, M.; Laufer, M.E. (1984): *Adolescence and developmental breakdown*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Lehman, A.F.; Steinwachs, D.M. (1998): At Issue: Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr. Bull.* 24: 1-10.
- Lewis, R. (1998): Typical and atypical antipsychotics in adolescent schizophrenia: Efficacy, tolerability and differential sensitivity to extrapyramidal symptoms. *Can. J. Psychiatry* 43: 596-604.
- Lieberman, J.A.; Perkins, D.; Belger, A.; Chakos, M.; Jarskog, F.; Boteva, K.; Gilmore, J. (2001): The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology and therapeutic approaches. *Biol. Psychiatry* 50: 884-897.
- Linszen, D.; Dingemans, P.; Lenior, M. (2001): Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr. Research* 51: 55-61.
- Linszen, D.; Lenior, M.; DeHaan, L.; Dingemans, P.; Gersons, B. (1998): Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry* 172 (Suppl.): S84-S89.
- Loebel, A.D.; Lieberman, J.A.; Alvir, J.M.; Mayerhoff, D.I.; Geisler, S.H.; Szymanski, S.R. (1992): Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 149: 1183-1188.

- Malla, A.K.; Norman, R.M.G.; Manchanda, R.; Ahmed, M.R.; Scholten, D.; Haricharan, R.; Cortese, L.; Takhar, J. (2002): One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr. Res.* 54: 231-242.
- Mason, P.; Harrison, G.; Glazebrook, C.; Medley, I.; Dalkin, T.; Croudace, T. (1995): Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. *Brit. J. Psychiatry* 167: 596-603.
- Maziade, M.; Bouchard, S.; Gingras, N.; Charron, L.; Cardinal, A.; Roy, M.; Gauthier, B.; Tremblay, G.; Cote, S.; Fournier, C.; Boutin, P.; Hamel, M.; Merette, C.; Martinez, M. (1996): Long term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. II. Postnegative distinction and childhood predictors of adult outcome. *Brit. J. Psychiatry* 169: 371-378.
- McClellan, J. (1999): Early onset schizophrenia. In: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (Hg.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, VII, Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, S. 2782-2789.
- McGlashan, T.H. (1988): A selective review of North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 14: 515-542.
- McGlashan, T.H.; Johannessen, J.O. (1996): Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. *Schizophr. Bull.* 22: 201-222.
- McGorry, P.D. (1998): „A stitch in time“ ... thescope for preventive strategies in early psychosis. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 248: 22-31.
- McGorry, P.D.; Edwards, J.; Mihalopoulos, C.; Harrigan, S.M.; Jackson, H.J. (1996): EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.* 22: 305-326.
- McGorry, P.D.; McFarlane, C.; Patton, G.C. (1995): The prevalence of prodromal symptoms of schizophrenia in adolescents: a preliminary study. *Acta Psychiat. Scand.* 92: 241-249.
- McGorry, P.D.; McKenzie, D.; Jackson, H.J.; Wadell, F.; Curry, C. (2000): Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophr. Research* 42: 91-100.
- McKenna, K.; Gordon, C.T.; Lenane, M.C.; Kaysen, D.; Fahey, K.; Rapoport, J.L. (1994): Looking for childhood-onset schizophrenia: The first 71 cases screened. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 33: 636-644.
- Merlo, M.C.G. (1996): Neuere Entwicklungen in der pharmakologischen und neurobiologischen Schizophrenieforschung und ihre Bedeutung für die klinische Praxis. In: Böker, W.; Brenner, H.D. (Hg.): *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern: Huber, S. 69-90.
- Merry, S.N.; Werry, J.S. (2001): Course and prognosis. In: Remschmidt H. (Hg.): *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Univ. Press, S. 268-297.
- Mojtabai, R.; Nicholson, R.A.; Carpenter, B.N. (1998): Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr. Bull.* 24: 569-587.
- Moller, P. (2001): Duration of untreated psychosis: Are we ignoring the mode of initial development? *Psychopathology* 34: 8-14.
- Nicolson, R.; Lenane, M.; Brookner, F.; Gochman, P.; Kumra, S.; Spechler, L.; Giedd, J.N.; Thaker, G.K.; Wudarsky M.; Rapoport J.L. (2001): Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: A 2- to 8-year follow-up study. *Compr. Psychiatry* 42: 319-325.
- Norman, R.M.G.; Townsend, L.; Malla, A.K. (2001): Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br. J. Psychiatry* 179: 340-345.
- Phillips, L.J.; Yung, A.R.; McGorry, P.D. (2000): Identification of young people at risk of psychosis: Validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Austr. New Zeal. J. Psychiatry* 34 (Suppl.): S164-S169.
- Rappaport, N.; Chubinsky, P. (2000): The meaning of psychotropic medications for children, adolescents and their families. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 39: 1198-1200.
- Remington, G.; Kapur, S.; Zipursky, R.B. (1998): Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry* 172 (Suppl. 33): 66-70.
- Remschmidt, H. (2002): Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: Evidence from child psychiatry. *J. Neural. Transm.* 109: 101-117.
- Remschmidt, H.; Hennighausen, K.; Clement, H-W.; Heiser, P.; Schulz, E. (2000): Atypische Neuroleptika in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* 28: 45-57.
- Remschmidt, H.; Martin, M.; Hennighausen, K.; Schulz, E. (2001): Treatment and rehabilitation. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Univ. Press, S. 192-267.

- Resch, F. (1998): Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz. *Psychotherapeut* 43: 111-116.
- Sass H.; Wittchen H-U.; Zaudig M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schreier, H.A. (1999): Hallucinations in nonpsychotic children: More common than we think? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38: 623-625.
- Schulz, E.; Fleischhacker, C.; Remschmidt, H. (1999): Der Stellenwert typischer und atypischer Neuroleptika im Rahmen der Behandlung von schizophrenen Psychosen im Jugendalter. In: Fegert, J.M.; Hässler, F.; Rothärmel, S. (Hg.): *Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, S. 141-167.
- Simon, A. E.; Ferrero, F.P.; Merlo, M. C.G. (2001): Prodromes of first-episode psychosis: How can we challenge nonspecificity? *Compr. Psychiatry* 42: 382-392.
- Thara, R.; Henrietta, M.; Joseph, A.; Rajkumar, S.; Eaton, W. (1994): Ten-year course of schizophrenia – the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr. Scand.* 90: 329-336.
- Tienari, P.; Sorri, A.; Lahti, I.; Naarala, M.; Wahlberg, K.E.; Moring, J.; Pohjola, J.; Wynne, L.C. (1987): Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the Finnish Adoptive Study. *Schizophr. Bull.* 13: 477-484.
- Tienari, P. (1991): Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 84: 460-465.
- Tsuang, M.T.; Stone, W.S.; Faraone, S.V. (2000): Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 157: 1041-1050.
- Verdoux, H.; Liraud, F.; Bergey, C.; Assens, F.; Abalan, F.; van Os, J. (2001): Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr. Res.* 49: 231-241.
- Volkmar, F.R. (1996): Childhood and Adolescent Psychosis: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35: 843-852.
- Voruganti, L.; Cortese, L.; Oyewumi, L.; Cernovsky, Z.; Zirul, S.; Awad, A. (2000): Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophr. Research* 43: 134-145.
- Walter, G.; Wiltshire, C.; Anderson, J.; Storm, V. (2001): The pharmacologic treatment of the early phase of first-episode psychosis in youth. *Can. J. Psychiatry* 46: 803-809.
- Weinberger, D.R. (1987): Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch. General Psychiatry* 44: 660-669.
- Werry, J.S.; McClellan, J.M.; Andrews, L.; Ham, M. (1994): Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 20: 619-630.
- Werry, J.S.; McClellan, J.M.; Chard, L. (1991): Childhood and adolescent schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 30: 457-465.
- Werry, J.S.; Taylor, E. (1994): Schizophrenia and allied disorders. In: Rutter, M.; Hersov, L.; Taylor, E. (Hg.): *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell, S. 594-615.
- Wyatt, R.J. (1991): Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 17: 235-280.
- Wyatt, R.J. (1995): Early intervention for schizophrenia: Can the course of the illness be altered? *Biol. Psychiatry* 38: 1-3.
- Yung A.R.; McGorry P.D. (1996): The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Austr. New Zeal. J. Psychiatry* 30: 587-599.
- Yung, A.R.; McGorry, P.D. (1996a): The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualisations. *Schizophr. Bull.* 22: 353-370.
- Yung A.R.; McGorry P.D. (1997): Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? *Austr. New Zeal. J. Psychiatry* 31: 799-805.
- Yung, A.R.; McGorry, P.D.; McFarlane, C.A.; Jackson, H.J.; Rakkar, A. (1996): Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr. Bull.* 22: 283-303.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Emil Branik, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, CH-9608 Ganterschwil/SG; E-Mail: emil.branik@kjz.ch