

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 22/2022

Psychosefrüherkennung und -behandlung
Klinische und integrativtherapeutische Perspektiven

*Orlando Lüscher, Winterthur **

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung „Integrative Psychotherapie“. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Psychosen

3. Verbreitung und Verlauf

4. Früherkennung

5. Basissymptomkriterien

5.1 COPER

5.2 COGDIS

6. Ultra-High-Risk-Kriterien

6.1 APS

6.2 BLIPS

6.3 GRFD

7. Empfehlungen der EPA

7.1 Empfehlungen zur Früherkennung

7.2 Empfehlungen zur Frühbehandlung

8. Integrative Perspektiven

8.1 Ethische Aspekte

8.1 Pathogenesmodell

8.2 Integrative Psychotherapeutische Interventionen

Zusammenfassung / Summary

Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Anfang 2020 begann ich eine Anstellung als Psychologin in einer Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, die zur Adoleszentenpsychiatrie der integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland zählt. Dabei wurde ich angefragt, eine Früherkennungssprechstunde für Psychosen zu übernehmen, die bis dahin ein Kollege angeboten hatte. Die Früherkennungssprechstunde umfasst eine genaue diagnostische Abklärung von Psychoseerisikosyndromen gemäss aktuellen evidenzbasierten Empfehlungen. Die gewonnenen Informationen sowie die davon abgeleiteten Empfehlungen werden in einem Konsiliarbericht festgehalten und an die behandelnden Stellen weitergeleitet. Ich habe dieses Angebot angenommen und inzwischen neben meiner psychotherapeutischen Tätigkeit über 20 Abklärungen von Psychoseerisikosyndromen durchgeführt. Meine Abklärungen werden intern durch unseren Chefarzt supervidiert. Die Übernahme dieser Früherkennungssprechstunde erforderte Einiges an Einarbeitung, zunächst als Beobachter bei meinem Vorgänger, dann im Selbststudium, einer spezifischen Schulung durch *Frauke Schultze-Lutter* und *Chantal Michel* und letztlich einer weiterführenden Supervision durch *Chantal Michel*. Da ich währenddessen mitten in meiner Ausbildung an der SEAG war, schien es mir naheliegend, das Thema für meine Kolleginnen und Kollegen der integrativen Therapie aufzubereiten. So hielt ich während einem Gruppenwochenende 2021 mein Fachreferat zum Thema Psychoseerisikosyndrome. In dieser Arbeit soll das Thema nun noch verschriftlicht dargelegt werden. Entsprechend den Anregungen von *Hilarion G. Petzold* im Anschluss an das Referat sollen ergänzend Praxisbezüge zur Arbeit mit Risikosymptomen erläutert werden. Konkret sollen im Folgenden Psychoseerisikosyndrome, die Praxis ihrer Früherkennung sowie die Empfehlungen für Frühinterventionen auf Basis der Literatur vorgestellt werden. Darüber hinaus sollen praktische Interventionsstrategien im Umgang mit psychosenahen Symptomen oder einem Psychoseerisikosyndrom aus Sicht der integrativen Therapie dargestellt werden. „Fachreferate haben im Rahmen der Weiterbildung des **biopsychosozialökologischen** Verfahrens der IT die Aufgabe, klinische Wissensstände und Interventionspraxen weiterzugeben bzw. supervidiert zu vertiefen und so die fachspezifische theoretische und praxeologische Weiterentwicklung der Integrativen Therapie voran zu bringen und ggf. Forschungsfragen vorzubereiten. So verschränken sich Theorie- und Methodenentwicklung, Behandlungspraxis, Supervision und Forschung mit der Lehre und Weiterbildung der Integrativen Therapie zur Entwicklung kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen und Performanzen. Sie werden vermittelt über *persönliche, methodische* und *professionelle Selbsterfahrung*, in der die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird: 'komplexe Selbsterfahrung' (*Petzold, Sieper, Orth* 2006) in einem Milieu der Ko-kreativität und konstruktiver, multidirektionaler Empathie (*Petzold, Mathias-Wiedmann* 2019a)“ (*Lindermann, Blumberg, Petzold* 2022) – so das Weiterbildungskonzept von EAG und SEAG.

2. Psychosen

Der Begriff "Psychose" ist international nicht eindeutig definiert, jedoch gilt das Vorliegen sogenannter Positivsymptome einer Schizophrenie als verbindende Charakteristik (*Schimmelmann & Resch*, 2014). Als Positivsymptome gelten (*Schultze-Lutter, Meisenzahl, Michel*, 2020):

- Wahn (z. B. Grössenwahn, Beziehungswahn, Verfolgungswahn),
- Halluzinationen (aller Sinnesmodalitäten)
- Ich-Störungen (z. B. Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Fremdbeeinflussungserleben)
- formale Denkstörungen (z.B. Assoziationslockerung, Zerfahrenheit oder Inkohärenz)
- desorganisiertes Verhalten (Verhalten, das bizarr, plan- und ziellos ist, unvorhersehbare

oder inadäquate emotionale Reaktionen, die die Organisation von Verhaltensweisen stören)

Die diagnostischen Kategorien im Bereich der Psychosen sind aktuell mit der bevorstehenden Einführung der 11. Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; <https://icd.who.int/en>) einigen Veränderungen unterworfen. Eine deutsche Entwurfsfassung ist inzwischen online auf der Seite des deutschen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einsehbar (unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html; Zugriff am 08.10.2022). Die Kategorien im Kapitel 6A2 *Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen* des ICD-11 orientieren sich dabei grösstenteils an denen des Kapitels *Schizophrenie-Spektrum- und andere psychotische Störungen* in der fünften Edition des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Zukünftig wird dabei als wichtige Neuerung auf die Subkategorien einer Schizophrenie verzichtet. Stattdessen erfolgt eine obligatorische Symptomquantifizierung (leicht-mittel-schwer) in einer neuen Zusatzkategorie (6A25 *Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen*), die zwischen Positiv-, Negativ-, depressiven, manischen, psychomotorischen und kognitiven Symptomen unterscheidet. Ausserdem wurde die übergeordnete Rolle der Erstrangsymptome nach Schneider abgeschafft. Dafür muss nun bei allen psychotischen Störungen mindestens ein Positivsymptom vorliegen. Als primär psychotische Störungen, also nicht sekundär als direkte pathophysiologische Konsequenz einer somatischen Erkrankung, gelten weiterhin die Schizophrenie, die Schizoaffektive Störung, die Schizotypie Störung, die Akute und vorübergehende psychotische Störung und die Wahnhafte Störung (Schultze-Lutter et al., 2020).

3. Verbreitung und Verlauf

Gemäss aktuellem Forschungsstand stellen Psychosen ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar. Die Zahl der Betroffenen ist in Europa von 2005 bis 2011 von 3,7 Millionen auf 5 Millionen angestiegen (Wittchen et al. 2011). Die Lebenszeitprävalenz von Psychosen liegt bei höchsten 3-4%, bei der Schizophrenie bei knapp 1% (Perälä et al., 2007). Die Geschlechtsunterschiede bei der Schizophrenie fassen Schimmelman und Resch (2014) so zusammen, dass Männer gegenüber Frauen häufiger (1,4 zu 1) und früher erkranken, sowie eher Defizit-Merkmale wie Negativsymptome und Einbussen im Funktionsniveau aufweisen. Bei Psychosen allgemein zeigt sich ein Geschlechterunterschied erst beim Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr, der häufiger bei Frauen auftritt. Meistens fällt der Erkrankungsbeginn von Psychosen in das junge Erwachsenenalter (adult-onset Psychose; AOP). Bei etwa 10-33% fällt der Erkrankungsbeginn noch vor das 18. Lebensjahr (early-onset Psychosen; EOP) und nur bei etwa 1% vor das 13. Lebensjahr (very-early-onset Psychosen; VEOP) (Schimmelman et al., 2013; Wittchen et al., 2011). Lange Zeit galt die Drittelregel für den Verlauf einer psychotischen Erkrankung - ein Drittel der Betroffenen erleide einmalig eine psychotische Episode, ein Drittel erleide mehrfache Episoden und ein Drittel erleide einen chronischen Verlauf. Gemäss neuen Erkenntnissen geht man mittlerweile davon aus, dass die Drittelregel den Langzeitverlauf für PatientInnen mit Schizophrenie eher zu optimistisch einschätzt (Schimmelman & Resch, 2014). Dies gilt insbesondere wenn nicht nur die symptomatische sondern auch die psychosoziale Remission beachtet wird. Trotzdem sind bei einem grossen Teil der PatientInnen deutliche klinische Verbesserungen und sogar Phasen von Remission und/oder adäquatem psychosozialen Funktionsniveau zu erwarten. Die Heterogenität der Verläufe ist also gross. Ein ungünstiger Verlauf von Psychosen ist in der Forschung wiederholt mit der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) bzw. Erkrankung (DUI) assoziiert worden (Penttilä et al., 2014; Keshavan et al., 2003). EOP weisen

dabei gegenüber AOP häufig eine längere Dauer ohne Behandlung auf, wobei die Datenlage zur Beurteilung von Verlaufsunterschieden noch unzureichend ist. Kindliche Psychosen (VEOP) sind besonders schlecht untersucht, jedoch wird weiterhin ein deutlich schlechterer Verlauf als bei später beginnenden Psychosen angenommen (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Ähnlich wurde dies für EOP angenommen, jedoch widersprechen neuere Studien dem gängigen (Vor-)Urteil, dass EOP gegenüber AOP schlechtere Verläufe zeigen (*Amminger et al., 2011; Schimmelmann et al., 2007*). Trotz ihres geringen Auftretens stehen Schizophrenien bei 10- bis 14-jährigen Jungen bereits an neunter und bei 15- bis 19-jährigen beiderlei Geschlechts bereits an zweiter Stelle der Ursachen der für Behinderung adjustierten Lebensjahre (*Gore et al., 2011*).

4. Früherkennung

Aufgrund des negativen Einflusses der Dauer ohne Behandlung auf den Verlauf, ist eine frühzeitige Erkennung von Psychosen notwendig, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen (*Resch et al., 2017*). Bei der Früherkennung von Psychosen wird von der European Psychiatric Association (EPA) ein indizierter Präventionsansatz empfohlen. Indiziert bedeutet, dass er sich an Personen bzw. PatientInnen richtet, die bereits erste Anzeichen der sich entwickelnden Störung aufweisen und für diese Beschwerden Hilfe suchen (*Schultze-Lutter et al., 2015*). Dies stellt bei Psychosen aufgrund des meist schleichenden Beginns mit durchschnittlich fünf- bis sechsjähriger Prodromalphase und der guten Abgrenzbarkeit einzelner Erkrankungsphasen einen vielversprechenden Ansatz dar (*Schaffner et al., 2012*). Die Abbildung (folgende Seite) zeigt das Phasenmodell der frühen Stadien von Psychosen, wobei das Auftreten von psychotischen Positivsymptomen den Übergang zur frühen Psychose im Sinne der manifesten Erkrankung kennzeichnet. Vor diesem Übergang wird meist eine Phase mit klinisch erhöhtem Psychoserisiko (clinical high risk; CHR) verzeichnet. Die CHR-Phase umfasst die Phase ab dem Auftreten spezifischer Basissymptomkriterien (BS) bis und mit den ultra-high risk (UHR) Kriterien (*Fusar-Poli et al., 2013*). Diese beiden Kriterienansätze sind für die indizierte Prävention respektive die Früherkennung relevant. Ziele der Früherkennung sind eine Verbesserung des Befindens der Betroffenen, die Vermeidung der Entwicklung des klinischen Vollbildes einer Psychose oder zumindest zeitliche Verzögerung und klinische Abschwächung der psychotischen Erstepisode sowie Vermeidung oder Verminderung von psychosozialen Funktionseinbußen und Negativsymptomatik (*Schultze-Lutter et al., 2015*). Im Folgenden sollen die beiden Kriterienansätze näher erläutert werden.

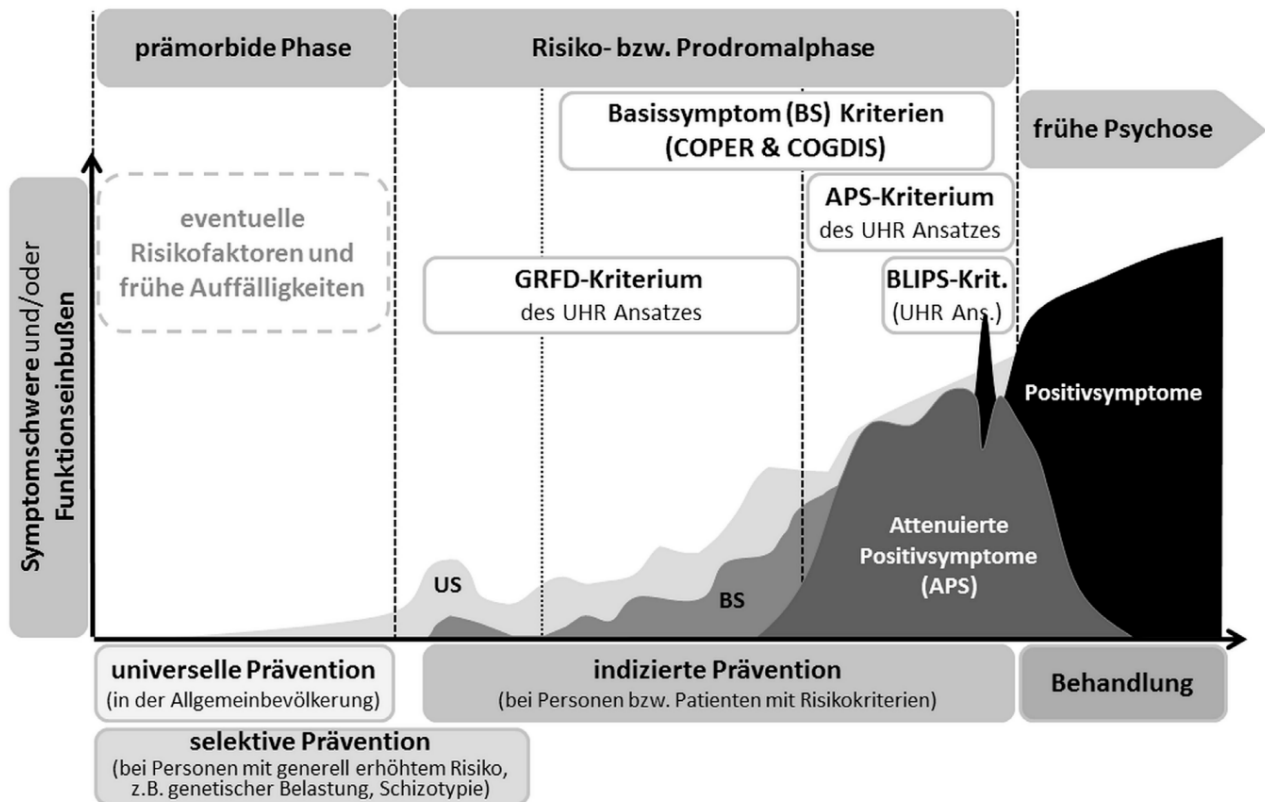


Abbildung: Phasenmodell der frühen Stadien von Psychosen (Schultze-Lutter et al., 2017). US = unspezifische Symptome und Funktionsdefizite; BS = spezifische kognitive und perzeptive Basissymptome der Risikokriterien „Cognitive-Perceptive Basic Symptoms“ (COPER) und „Cognitive Disturbances“ (COGDIS); UHR = ultra-high risk; GRFD = genetisches Risiko und funktionelle Defizite; APS = attenuierte psychotische Symptome; BLIPS = kurze, limitierte, intermittierende psychotische Symptome

5. Basissymptomkriterien

Die Basissymptome umfassen feine, subklinische Störungen von Antrieb, Stresstoleranz, Affekt, Denk- und Sprachprozessen, Wahrnehmung und Motorik, die bereits vor sowie während oder auch nach einer psychotischen Episode auftreten können. Basissymptome müssen nicht von aussen beobachtbar sein, sondern werden von den Betroffenen selbst als Störung eigener Erlebensweisen oder Funktionen erlebt. Als Veränderungen gegenüber dem "normalen", prä-morbiden Erleben müssen sie klar von subtilen Auffälligkeiten wie überdauernden "trait"-Merkmalen bei Personen mit genetisch bedingtem Risiko abgegrenzt werden. Basissymptome betreffen zudem lediglich Denkprozesse und nicht Denkinhalte wie z.B. bei Beziehungsideen und werden nicht als in der Aussenwelt stattfindend wahrgenommen wie z.B. Halluzinationen. Sie werden mit dem «Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version» (SPI-A) respektive dem mit Rücksicht auf entwicklungspezifische Besonderheiten entwickelten «Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version» (SPI-CY) erhoben (Schultze-Lutter et al., 2007; Schultze-Lutter & Koch, 2010). Von den darin ursprünglich beschriebenen Basissymptomen zeigten sich in einer Längsschnittstudie 14 Psychose-prädiktiv und damit für die Früherkennung relevant. Diese 14 Basissymptome fanden Eingang in zwei zum Teil überlappende Kriterienansätze mit unterschiedlichen Sensitivitäts-Spezifitäts-Relationen. Das Risikokriterium kognitiv-perzeptive Basissymptome (COPER) und das Hochrisikokriterium kognitive Störungen (COGDIS) haben zum Ziel, ein Psychoserisiko möglichst frühzeitig zu erfassen (Schultze-Lutter, 2009).

5.1 COPER

Kognitiv-perzeptive Basissymptome (COPER, „Cognitive-Perceptive Basic Symptoms“): Mindestens eines der folgenden zehn Basissymptome muss erfüllt sein. Es muss von den Patienten selbst wahrgenommen und berichtet werden, ist nicht aus der „gesunden Zeit“ bekannt und wird unabhängig vom klinischen Eindruck gemäss der Patientenangaben gewertet. Das Symptom muss innerhalb der letzten 3 Monate zumindest zeitweilig wöchentlich oder häufiger aufgetreten und darf nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückführbar sein. Zudem wird ein erstmaliges Auftreten vor mindestens einem Jahr vorausgesetzt.

- Gedankeninterferenzen mit Einschiessen vollständig irrelevanter Bewusstseinsinhalte
- Gedankenblockaden, die nicht durch Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsdefizite erklärbar sind
- Störung der rezeptiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Gedankenjagen, -drängen von thematisch unzusammenhängenden Gedanken
- Eigenbeziehungstendenz, die sofort als irrig erkannt wird
- zwangähnliches Perseverieren banaler, emotional neutraler Bewusstseinsinhalte
- Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen bzw. von Phantasie- und Erinnerungsvorstellungen
- Derealisation mit Veränderung des emotionalen Bezugs zur Umwelt, Entfremdung der visuellen Wahrnehmungswelt (erscheint unwirklich, verändert oder fremd) oder Verminderung der emotionalen Distanz zur Umwelt zumeist in Verbindung mit positiven Gefühlsakzenten (isolierter Umgebungsaspekt erscheint besonders eindrücklich)
- optische Wahrnehmungsstörungen (ohne Überempfindlichkeit und Verschwommensehen)
 - Wahrnehmungsveränderungen an Gesicht/Gestalt anderer
 - Photopsien: Illusion von Lichterscheinungen (Blitze, Flimmern, Funken)
 - Mikropsien, Makropsien
 - Nah- und Fernsehen
 - Metamorphopsie
 - Veränderungen des Farbensehens
 - Wahrnehmungsveränderungen am eigenen Gesicht
 - Scheinbewegungen von Wahrnehmungsobjekten
 - Doppelt-, Schief-, Schräg- und Verkehrt-Sehen
 - Störung der Schätzung von Entfernungen / Grössen
 - Auflösung der Geradlinigkeit gegenständlicher Konturen
 - Abnorm langes Haften optischer Reize
 - Partielles Sehen
- akustische Wahrnehmungsstörungen (ohne Überempfindlichkeit)
 - Veränderungen von Intensität / Qualität
 - Akoasmen: Illusion von non-verbalen Geräuschen (Zischen, Knallen, Brummen etc.)
 - Abnorm langes Haften akustischer Reize

(Schultze-Lutter et al., 2017; Schultze-Lutter & Koch, 2010)

Der Anteil Personen mit einem Risikosyndrom, der in eine manifeste Psychose übergeht, wird mit der Übergangrate beschrieben. Gemäss einer Metaanalyse zeigten sich für COPER nach einem Jahr 15% und nach zwei Jahren 21% Übergänge in eine Psychose. Im Gegensatz zum nachfolgend dargestellten Hochrisikokriterium COGDIS sind die Übergangsraten beim Risikokriterium COPER tiefer und es liegen weniger Studien vor. Daher wurde COPER bisher nicht in die Empfehlungen der EPA für die Früherkennung aufgenommen (Schultze-Lutter et al., 2015).

5.2 COGDIS

Kognitive Störungen (COGDIS, „Cognitive Disturbances“): Mindestens zwei der folgenden neun Basissymptome müssen erfüllt sein. Sie müssen von den Patienten selbst wahrgenommen und berichtet werden, sind nicht aus der „gesunden Zeit“ bekannt und werden unabhängig vom klinischen Eindruck gemäss der Patientenangaben gewertet. Die Symptome müssen innerhalb der letzten 3 Monate zumindest zeitweilig wöchentlich oder häufiger aufgetreten sein und dürfen nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückführbar sein. Es besteht kein Kriterium bezüglich des ersten Auftretens.

- Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu spalten; zwischen Aufgaben, die nicht die volle Aufmerksamkeit benötigen und primär unterschiedliche Sinne betreffen (z.B. ein Brot schmieren und eine Unterhaltung führen)
- Störung der expressiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Störung der Symbolerfassung; gestörtes oder verzögertes Erfassung und Verständniss von abstrakten, metaphorischen oder symbolischen Inhalten
- Fesselung, Bannung durch Wahrnehmungsdetails; behindert die willentliche Auslenkung der Aufmerksamkeit auf relevantere Reize
- Gedankeninterferenzen mit Einschiessen vollständig irrelevanter Bewusstseinsinhalte
- Gedankenblockaden, die nicht durch Aufmerksamkeitsdefizite erklärbar sind
- Störung der rezeptiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Gedankenjagen, -drängen von thematisch unzusammenhängenden Gedanken
- Eigenbeziehungstendenz, die sofort als irrig erkannt wird

(Schultze-Lutter et al., 2017; Schultze-Lutter & Koch, 2010)

Gemäss einer Metaanalyse zeigten sich für COGDIS steigende Übergangsraten mit 25% nach einem Jahr und 61% nach vier Jahren. Ab dem dritten Jahr lagen bei COGDIS-Stichproben signifikant höhere Übergangsraten als in UHR-Stichproben vor. Damit ist insbesondere COGDIS als Basissymptomkriterium geeignet für die Früherkennung von Psychosen. Zumindest indiziert dies die Datenlage bei Erwachsenen. Entsprechend fand COGDIS Eingang in die Empfehlungen der EPA für die Früherkennung (Schultze-Lutter et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017).

6. Ultra-High-Risk-Kriterien

Wie in der Abbildung dargestellt, fokussieren die UHR-Kriterien eher auf einen späteren Abschnitt der Prodromalphase. Zur Erfassung wurden bislang das australische „Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States“ (CAARMS; Yung et al., 2005) oder das nordamerikanische „Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes“ (SIPS; McGlashan et al., 2010) verwendet. Vom SIPS wurden die für die UHR-Kriterien relevanten Abschnitte ins Deutsche übersetzt (Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008). Die UHR-Kriterien umfassen die drei Kriterienansätze APS, BLIPS und GRFD, die im Folgenden ausführlicher dargestellt werden (Schultze-Lutter et al., 2017).

6.1 APS

Das UHR-Kriterium APS umfasst attenuierte (abgeschwächte) Positivsymptome (attenuated psychotic symptoms; APS). APS ist das in verschiedenen Studien häufigste, von über 80% der Patienten gezeigte UHR-Kriterium (Schultze-Lutter et al. 2015; Fusar-Poli et al., 2013). Mindestens eines der folgenden Symptome muss im attenuierten Schweregrad vorliegen. Es muss also mindestens mässig, darf aber noch nicht psychotisch ausgeprägt sein.

- ungewöhnliche Denkinhalte oder wahnhaftige Ideen, die nicht mit vollständiger Überzeugung gehalten werden (inkl. Beziehungsideen, die nicht sofort verworfen werden)
 - Gedankeneingebung, -entzug, -lautwerden, -ausbreitung oder Fremdbeeinflussung
 - magische Denkinhalte, Fähigkeit zu Gedankenlesen oder Vorhersage der Zukunft
 - hypochondrische, nihilistische, Schuld-/Eifersuchtsideen, nicht-paranoide Beziehungsideen
 - Misstrauen und Verfolgungsideen
 - Grössenideen
- Wahrnehmungsabweichungen oder Halluzinationen mit noch vorhandener Einsicht in ihre abnorme Natur
 - unausgeformte akustische Halluzinationen (keine Stimmen, ins Aussen projiziert)
 - Stimmenhören, eigene Gedanken ausserhalb hören
 - Sehen von Auren, grösseren Schatten und Bewegungen im Augenwinkel
 - illusionäre Verkennungen bis optische Halluzinationen
 - somatische, körperbezogene Störungen, Illusionen, Halluzinationen
 - olfaktorische oder gustatorische Störungen, Illusionen, Halluzinationen
- desorganisierte Kommunikation oder Sprache, die noch inhaltlich verständlich sind und auf Strukturierungshilfen ansprechen
 - seltsame Denk- und Sprechweise
 - beobachtbar gelockerte Assoziation, Zerfahrenheit, Gedankenblockaden und -interferenzen

(Schultze-Lutter et al., 2017, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008)

Zur Wertung als APS müssen die oben genannten Symptome zudem die zusätzlichen Kriterien gemäss SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt sein:

SIPS: Beginn oder deutliche Zunahme der Überzeugung/ Verhaltensrelevanz in den letzten 12 Monaten. Durchschnittliche Häufigkeit von mindestens 1x/Woche im letzten Monat. Nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt

CAARMS: Auftreten für mindestens 1 Woche im vergangenen Jahr und Beginn nicht vor mehr als 5 Jahren. Mehrmaliges Auftreten pro Woche. Keine Abgrenzung.

(Schultze-Lutter et al. 2017)

6.2 BLIPS

Das UHR-Kriterium BLIPS umfasst vorübergehende, spontan remittierende, intermittierende Positivsymptome (brief limited intermitting psychotic symptoms; BLIPS). Mindestens eines der beiden APS ausführlicher beschriebenen Symptome muss vorübergehend in psychotischem Schweregrad spontan remittierend aufgetreten sein.

- Wahnvorstellungen ohne Einsicht in deren abnorme Natur und ohne innere Distanzierung
- Halluzinationen ohne Einsicht in deren abnorme Natur und ohne innere Distanzierung
- Formale Denkstörungen, die nicht mehr auf Strukturierungshilfen ansprechen (z.B. „Wortstalat“, Entgleisungen)

(Schultze-Lutter et al., 2017, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008)

In ihrer Dauer und Häufigkeit dürfen sie jedoch noch nicht die Kriterien für eine spezifische psychotische Störung erfüllen. Zudem müssen die zusätzlichen Kriterien gemäss SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt sein:

SIPS: Beginn innerhalb der letzten 3 Monate. Häufigkeit von mehreren Minuten am Tag mindestens 1x/Monat und nicht länger als 1 Std./Tag für durchschnittlich 4 Tage/ Woche in 1 Monat.

Symptome sind nicht ernsthaft gefährdend oder desorganisierend, nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt.
CAARMS: Auftreten im letzten Jahr. Dauer von weniger als 1 Woche. Keine Abgrenzung.
(Schultze-Lutter et al. 2017)

6.3 GRFD

Das UHR-Kriterium GRFD umfasst die Kombination eines genetischen Risikos und signifikanter Funktionseinbussen (genetic risk & functional decline; GRFD). Das genetische Risiko wird meist definiert als Vorliegen eines erstgradigen Angehörigen mit Psychose (Mutter, Vater oder Geschwister) oder Vorliegen einer schizotypen Persönlichkeitsstörung gemäss den Kriterien des DSM-IV. An dieser Stelle seien grob als „positive“ Schizotypenmerkmale im Sinne der Positivsymptomatik Beziehungsideen, Argwohn oder paranoide Vorstellungen, seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschliesslich körperbezogener Illusionen sowie seltsame Denk- und Sprechweise genannt. Als signifikante Funktionseinbussen gilt im SIPS, wenn sich das Funktionsniveau um 30% in der GAF (Globale Erfassung des Funktionsniveaus) im Vergleich zum letzten Jahr verschlechtert hat (Schultze-Lutter et al., 2017, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2008). Entgegen der Annahmen zeigte eine Metanalyse für reine GRFD-Subgruppen (ohne zusätzliche Risikokriterien) keine signifikant erhöhten Übergangsraten gegenüber Patienten ohne UHR-Kriterien (Schultze-Lutter et al. 2015).

7. Empfehlungen der EPA

Die EPA hat auf Basis einer Metaanalyse der Übergangsraten der oben beschriebenen Risikokriterien 2015 Empfehlungen für die Beurteilung eines Risikostadiums für eine Psychose herausgegeben (Schultze-Lutter et al., 2015). Dabei wurde COPER aufgrund noch weniger Studien bisher noch nicht als Kriterium empfohlen. Aus dem gleichen Grund gab es noch keine Empfehlung für eine Abstufung des Risikos durch die Kombination von Risikokriterien. Für UHR-Stichproben zeigten sich unabhängig vom verwandten Erhebungsinstrument über die Zeit ansteigende Übergangsraten von knapp 10% und 15% nach sechs bzw. zwölf Monaten bis hin zu 25% und 37% nach vier und mehr Jahren. Dabei zeigten die Studien eine signifikante Heterogenität. Insgesamt zeigten die symptomatischen UHR-Kriterien mit attenuierten (APS) und transienten (BLIPS) Positivsymptomen sowie die kognitiven Basissymptome (COGDIS) gegenüber der Neuerkrankungsrate von Psychosen in der Allgemeinbevölkerung von etwa 0.0035 % sowie gegenüber Patienten ohne diese Risikosymptome ein deutlich erhöhtes Psychoserisiko (Schultze-Lutter et al., 2015). In Kinder- und Jugendstichproben zeigten sich hingegen signifikant geringere Übergangsraten. Zudem zeigen epidemiologische Befunde, dass APS in der Allgemeinbevölkerung relativ häufig ohne klinische Bedeutsamkeit auftreten. Insbesondere wahrnehmungsbezogene APS scheinen vor dem Übergang in die spätere Adoleszenz, etwa im 16. Lebensjahr, eine geringere psychoseprädictive Bedeutung zu besitzen. Entsprechend wird bei der Interpretation von UHR-Kriterien bei Kindern und jüngeren Adoleszenten zur Vorsicht geraten. Psychosen im Kindes- und Jugendalter betreffen häufig andere Sinnesmodalitäten als bei Erwachsenen und Halluzinationen treten auch bei gesunden Kindern auf. Es wird deshalb generell empfohlen, die Diagnose einer Schizophrenie bei Kindern nicht allein auf dem Vorliegen von Halluzinationen zu basieren, besonders nicht, wenn sie nicht wahnhaft interpretiert werden oder desorganisierend sind (Schultze-Lutter et al. 2017).

7.1 Empfehlungen zur Früherkennung

Die Empfehlungen der EPA für die Früherkennung lassen sich zusammenfassend wie folgt darlegen (Schultze-Lutter et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017):

Empfehlung 1: Risikokriterien (basierend auf Metaanalyse)

APS, BLIPS und COGDIS sollen als Risikokriterien für die Früherkennung verwendet werden. Dies gilt, sofern das Vorliegen einer derzeitigen oder früheren Psychose und die Verursachung der Risikosymptomatik durch eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen wurden.

Empfehlung 2: Rolle genetischen Risikos (basierend auf Metaanalyse)

Eine erstgradige Verwandtschaft zu jemandem mit einer Psychose stellt kein Risikokriterium dar, auch wenn es von Funktionseinbussen und psychischen Problemen begleitet wird. Ist jedoch zusätzlich eines der oben genannten Kriterien erfüllt, ist das genetische Risiko als risikoe erhöhend zu berücksichtigen. Personen mit genetischem Risiko ohne Risikokriterien aber mit psychischen Beschwerden, sollen zur Wiedervorstellung ermutigt werden, sollten sie das Auftreten von den Risikosymptomen ähnlichen Beschwerden bemerken.

Empfehlung 3: Rolle psychosozialer Funktionsdefizite (basierend auf Metaanalyse)

Ein signifikanter Einbruch im schulisch-beruflichen und/oder sozialen Funktionsniveau stellt keine obligatorische Zusatzanforderung für ein klinisch erhöhtes Risiko dar. Eine deutliche Funktionseinbusse sollte bei Patienten mit Risikosymptomen jedoch als Hinweis auf ein unmittelbarer drohendes Übergangrisiko in eine Psychose gewertet werden. Patienten mit einem klinischen Risiko und einem signifikanten Funktionseinbruch sollten als hoch behandlungsbedürftig betrachtet werden.

Empfehlung 4: Zielpopulation (basierend auf Metaanalyse)

Die klinischen Risikokriterien sollen nur auf Personen angewandt werden, die unter psychischen Beschwerden leiden und hierfür Hilfe suchen, sowie auf solche, die wegen einer bekannten höheren Gefährdung eine Abklärung ihres Risikostatus wünschen.

Empfehlung 5: Kinder und Jugendliche (basierend auf Metaanalyse)

Die klinischen Risikokriterien sollen nur mit äusserster Vorsicht bei Kindern und jüngeren Adoleszenten angewandt und kommuniziert werden. Sie sollen aber nichtsdestotrotz bei diesen erhoben und im weiteren Verlauf beobachtet werden. Ab der späteren Adoleszenz scheinen die klinischen Risikokriterien bei Jugendlichen ähnlich gut wie bei Erwachsenen anwendbar.

Empfehlung 6: Benötigte Expertise (Expertenkonsens)

Die Abklärung soll von einer trainierten Fachperson für psychische Gesundheit mit ausreichender Erfahrung mit einem klinischen erhöhten Risikostatus für Psychosen durchgeführt werden. Wenn eine Zuweisung zu einer entsprechend spezialisierten Person nicht möglich ist, sollten die verantwortlichen Behandler eine solche beratend konsultieren, z.B. telefonisch.

7.2 Empfehlungen zur Frühbehandlung

Im Rahmen des Guidance-Projektes zur Erstellung der EPA-Empfehlungen wurden auch die therapeutischen Möglichkeiten untersucht. Die Empfehlungen der EPA für eine Frühbehandlung von klinischen Risikostadien für eine Psychose seien im Folgenden gekürzt dargestellt (Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2017).

Empfehlung 1: Behandlungsziele (Expertenkonsens)

Eine Frühintervention bei Patienten mit einem klinischen Risikostadium für eine Psychose soll nicht nur auf die Verhinderung einer ersten Episode einer psychotischen Störung, sondern auch auf die einer Entwicklung oder Persistenz funktionaler, d.h. sozialer, ausbildungsbezogener oder beruflicher Einbußen ausgerichtet sein.

Empfehlung 2: Behandlungsbasis (Konsens aufgrund übereinstimmender Studienmerkmale)

Eine Psychose-präventive Intervention setzt voraus, dass der klinische Risikostatus in voller Übereinstimmung mit den EPA Guidance Empfehlungen für die Früherkennung klinischer Risikostadien für eine Psychose erhoben wurde. Siehe dazu die vorangegangenen Kapitel.

Empfehlung 3: Wirksame Behandlungsarten (basierend auf Metaanalyse)

Psychologische, insbesondere kognitiv-behaviorale Psychotherapie sowie pharmakologische Interventionen gelten als wirksam bei der Prävention oder zumindest dem Hinauszögern einer ersten psychotischen Episode bei erwachsenen Risiko-Patienten.

Empfehlung 4: Behandlung erster Wahl (Expertenkonsens)

Bei erwachsenen Risikopatienten wird ein stufenweises Behandlungsmodell empfohlen. Als Option erster Wahl gilt der am wenigsten restriktive Ansatz, d.h. Psychotherapie. Nur wenn eine ausgeprägte oder progressive Risikosymptomatik (APS mit nur geringer oder deutlich abnehmender Einsichtsfähigkeit oder BLIPS in hoher oder zunehmender Häufigkeit) vorliegt und psychologische Interventionen unwirksam bleiben, sollten ergänzend niedrig dosierte Antipsychotika der zweiten Generation zum Einsatz kommen. Dies sollte das primäre Ziel verfolgen, eine Symptomstabilisierung soweit zu erzielen, wie dies für die effektive Durchführung einer Psychotherapie notwendig ist. Eine langfristige antipsychotische Medikation mit primär präventiver Ausrichtung wird nicht empfohlen.

Empfehlung 5: Komorbiditäten (Expertenkonsens)

Jegliche Intervention im Risikostadium sollte ebenfalls die aktuellen individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und die Behandlung anderer vorliegender psychischer Störungen (Komorbiditäten), insbesondere depressiver und Angststörungen, gemäss den jeweiligen Behandlungsleitlinien umfassen. Komorbide Störungen sollten durch eine qualifizierte Fachperson erhoben und beobachtet werden.

Empfehlung 6: Kinder und Jugendliche (basierend auf Metaanalyse)

Die derzeitige Evidenz für die Psychose-prädiktive Güte klinischer Risikokriterien und für die Wirksamkeit psychologischer und pharmakologischer Interventionen ist bei Kindern und jüngeren Adoleszenten nicht ausreichend für die Rechtfertigung primär präventiver Behandlungen. Stattdessen gilt:

Empfehlung 7: Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Expertenkonsens)

Bei Kindern und Jugendlichen sollen spezifische psychologische Interventionen zur Verbesserung des Funktionsniveaus als Teil des generellen Behandlungsplans angeboten werden. Zudem sollen psychosozialer Probleme und komorbide Störungen gemäss deren Behandlungsleitlinien behandelt werden. Risikosymptome sollen langfristig engmaschig beobachtet und hinsichtlich einer etwaigen Progression bewertet werden, wobei der Behandlungsplan an ihren Verlauf angepasst werden sollte.

8. Integrative Perspektiven

Meine Auseinandersetzung und zunehmende Identifikation mit dem Verfahren der Integrativen Therapie haben meine Perspektive auf die Früherkennung und -behandlung von Psychoserisikosyndromen geprägt. Nachfolgend sollen einige Überlegungen dazu dargestellt werden.

8.1 Ethische Aspekte

Tatsächlich sind und waren Psychoserisikosyndrome in Fachkreisen ethisch auch umstritten. Kritiker bemerken, dass ein Risikosyndrom nur eine diagnostische Wahrscheinlichkeit, nicht aber eine gesicherte Diagnose abbilden kann. Durch die Diagnose eines Risikosyndroms könnten sich dadurch für Betroffene unnötige negative Folgen ergeben. Die Ausrichtung auf eine Psychose als möglichen Ausgang eines Risikosyndroms könnte demnach auch das Risiko für eine systematische Stigmatisierung oder gar eine selbsterfüllende Prophezeiung steigern. Dies indem die Abklärung die Angst und Sorgen der Patienten „verrückt“, respektive psychotisch zu werden steigern und negative Metakognitionen fördern könnte. Dem gegenüber stehen jedoch die Erfahrungen bisheriger Früherkennungsangebote. Im Rahmen einer umfassenden Abklärung können die oftmals verunsichernden und Stress verursachenden Beschwerden in ein Erkrankungsspektrum und in ein Krankheitsmodell eingeordnet werden, was für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen eine Entlastung darstellt (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Dies legitimiert für mich die Fortführung meiner Früherkennungssprechstunde, zumal ich dies eben entschieden nicht als eine „Abklärung“ im engeren Sinne sondern bereits auch als therapeutische Intervention im Sinne der Theragnostik der integrativen Therapie verstehe und umsetze. Dabei ist es zentral, dass im Falle eines erfüllten Risikosyndroms eine ausführliche Aufklärung über die Implikationen für Prognose und Therapie an die Betroffenen selbst erfolgt. Dabei soll verdeutlicht werden, dass alle Verlaufsausgänge inklusive der vollständigen Remission möglich und wahrscheinlich sind. In den Berichten an die weiterbehandelnden KollegInnen werden dann mit Bezug auf die Guidance der EPA Empfehlungen über die therapeutischen Strategien gegeben. Dabei werden diese darauf aufmerksam gemacht, die Behandlung an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren und so gegebenenfalls auch spezifisch die Distress auslösende Risikosymptomatik zu fokussieren.

8.1 Pathogenesemodell

Hinter den Psychoserisikosyndromen verbirgt sich auch ein Erklärungskonzept für die Entstehung von Psychosen. Dabei geht man von einem Vulnerabilitätskonzept aus. Dieses umschreibt ein Set an Pränatalektoren (z.B. genetische Faktoren und intrauterine Schädigungen), das in Wechselwirkung mit biologischen Risikofaktoren (z.B. perinatale und postnatale Traumen, Entzündungen des Zentralnervensystems etc.) und psychosozialen Faktoren (z.B. familiäre Kommunikationsabweichungen, Störungen der Selbstentwicklung) zu einer Vulnerabilität des sich entwickelnden Menschen führt. Diese Vulnerabilität bewirkt eine spezifische Disposition für eine besondere Erlebnisverarbeitung. Unter Einwirkung von Stressoren kommt es dann schliesslich zu einer psychischen Dekompensation mit Ausprägung der klinischen Symptomatik (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Mit Bezugnahme auf die meistens vorzufindende Prodromalphase, ist dabei von einem graduellen Übergang auszugehen, der unter Einwirkung salutogenetischer Faktoren auch reversibel sein kann. Das Vulnerabilitätskonzept scheint mir bestens mit den Pathogenesemodellen der integrativen Therapie vereinbar (*Petzold, 2003a*). Entsprechend eignet sich zur Erarbeitung eines Störungsverständnisses auch das Akkumulationsmodell gemäss der integrativen psychotherapeutischen Diagnostik (IPD; *Osten, 2019*). Um in der Früherkennungssprechstunde einen Überblick über das Auftreten von Risikosymptomen, komorbiden Störungen und Stressoren

(inkl. Substanzkonsum) zu erhalten, eignet sich zudem eine stark reduzierte und durch den Untersucher strukturierte Form der Panoramatechnik (*Petzold, Orth, 1994a/2012*) als eine Art „Symptompanorama“. Dabei werden die benannten Faktoren entlang einer Zeitachse aufgemalt und in Beziehung zum jeweiligen Lebenskontext gestellt.

Aus einem Akkumulationsmodell oder Symptompanorama lässt sich wiederum im Sinne einer Theragnostik ableiten, dass psychische Erkrankungen das besondere Risiko mehrfacher Eigendynamiken aufweisen. Diese beschränken sich nicht nur auf den Hirnstoffwechsel, der im Rahmen einer psychotischen Entwicklung immer sensibler reagiert sondern umfassen im Besonderen auch psychische und soziale Eigendynamiken, die Entstehung und Verlauf wesentlich mitbestimmen. So z.B. wenn die Angst vor Stigmatisierung zu sozialem Rückzug führt und die Isolation wiederum psychotische Halluzinationen nährt (*Schimmelmann & Resch, 2014*).

Meine bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Differenzialdiagnostik von APS in der Früherkennung meist komplex ist. Häufig könnten einige Phänomene tatsächlich gut durch andere psychische Störungen erklärt werden, was zumindest anhand der Zusatzkriterien der SIPS im Gegensatz zu jenen der CAARMS, ein Ausschluss zur Wertung als APS darstellt. Wichtig erscheint mir hierbei besonders, dass halluzinatorische Erlebnisse bei Psychosen in der Regel nur einen Sinneskanal betreffen (akustisch, optisch oder taktil). Vorstellungen, die in szenischer Weise mehrere Sinneskanäle mit übereinstimmendem Inhalt einbeziehen, müssen davon abgegrenzt werden. Dabei handelt es sich nämlich eher um szenische Wahrnehmungsphänomene im Sinne von traumatisch bedingten Intrusionen respektive einem dissoziativen Symptom-komplex. Neben somatischen Differenzialdiagnosen sind dissoziative Störungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen wichtige Differenzialdiagnosen (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Bereits mehrere Male musste ich gemäss den Kriterien ein Psychoseerisikosyndrom feststellen, während die Symptomatik mit paranoiden Verkennungen und vorübergehender Beeinträchtigung der Realitätskontrolle höchstwahrscheinlich im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stand. Dabei lagen als weitere differenzialdiagnostische Hinweise keine formalen Denkstörungen, ein hohes soziales Geschick und grosse Schwierigkeiten in der Emotionsregulation vor.

8.2 Integrative Psychotherapeutische Interventionen

Mit Bezug auf die Heuristik der „vier Wege der Heilung und Förderung“ der Integrativen Therapie, ist auf dem ersten Weg, Bewusstseinsarbeit, die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Risikosymptomatik zentral (*Petzold, 2012h*). Dazu gehört auch die Erarbeitung eines ätiologischen Verständnisses mit der entsprechenden Benennung von Stressoren und Würdigung der Belastung durch auslösende Stressoren einerseits und die auftretende Symptomatik andererseits.

Im Umgang mit (abgeschwächt) psychotischem Erleben ist ein entstigmatisierendes Verständnis als Variante normal-menschlicher Geistestätigkeit zentral. Dazu eignet sich zur Erklärung das Konzept der Salienz (von lat. *salire* [hervor-]springen). Dieses beschreibt, dass saliente Informationen im Vergleich zu ihrem Kontext eine stärkere Gewichtung erfahren als ihnen zusteht. Saliente Reize wirken unerwartet und verändern unsere Aufmerksamkeit oder gar unser Verhalten. In diesem Sinne kann psychotisches Erleben als Salienzstörung verstanden werden, in der Reize von innen oder aussen überbewertet und mit mangelndem Realitätsbezug interpretiert werden (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Dies muss in abgeschwächter Form auch für die Risikosymptome angenommen werden. Im Kern dreht es sich also um eine beginnende Störung des Realitätsbezuges, wobei neurokognitive Veränderungen in Wechselwirkung mit psychosozialen Stress stehen.

Die Störung des Realitätsbezuges beinhaltet auch, dass es zu einer Störung des

Abstimmungsprozesses zwischen den subjektiven Lebenswelten kommt. Das heisst in der Sprache der integrativen Therapie, dass die „intersubjektive Ko-respondenz“ zumindest gefährdet ist dadurch, dass viele Menschen mit einer Störung des Realitätsbezuges ein gesteigertes subjektives Bedeutungsbewusstsein besitzen und dieses immer weniger mit anderen teilen. Von akut psychotischen Personen kann man annehmen, dass viele von ihnen in einem Zustand fundamentaler Einsamkeit und Entfremdung von den Mitmenschen leben (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Der Ansatz der integrativen Therapie fokussiert darauf, gemeinsam geteilte Lebenswelt in intersubjektiver Ko-respondenz phänomenologisch zu durchdringen und in wechselseitiger Hermeneutik zu erfassen und miteinander in sich vertiefender Weise zu verstehen. Das ermöglicht trotz teilweiser oder auch in weiterem Masse abweichender Realitätsverarbeitung, Beziehung und Sinnerleben zu erleben oder auch wieder zu gewinnen. Die Empfehlung der EPA, die Behandlung auf Risikosymptome auszurichten, wenn diese Distress verursachen, mag trivial erscheinen, verdeutlicht aber auch, dass dies nicht selbstverständlich ist. Mutmasslich fühlen sich viele Behandler durch eine möglicherweise psychotische Symptomatik verunsichert. Wenn in Psychosen als Zustand extremer Durchlässigkeit äusseres ohne die Möglichkeit zu gewichten und zu ordnen nach innen tritt (paranoide Wahrnehmungen), ist dies abgeschwächt auch für die Risikosymptomatik anzunehmen (*Schimmelmann & Resch, 2014*). Dabei ist aber auch zu beachten sicher auf einem Grat zu gehen, denn sollen ja auch die noch funktionierenden *Fähigkeiten* (Kompetenzen) und *Fertigkeiten* (Performanzen) erhalten und bekräftigt werden im Sinne einer „harm reduction“, aber mehr noch als Wertschätzen vorhandener Potentiale. Entsprechend wichtig ist es auf dem zweiten „Weg der Heilung und Förderung“ bzw. in Nach- und Neusozialisation, den Patienten eine Haltung entgegenzubringen, die Hoffnung und Sicherheit vermittelt (*Petzold, 2012h*).

Bei der symptomorientierten Behandlung steht die Reduktion des Distress im Fokus, der durch das Erleben von Risikosymptomen auftreten kann (*Michel et al., 2020*). Wenn die Symptomatik im Kern durch eine Störung des Realitätsbezuges gekennzeichnet ist, so muss es in der Therapie darum gehen, einen intakten Realitätsbezug und die Fähigkeit zur Distanzierung vom Erlebten zu fördern. In der integrativen Therapie ist dabei das Konzept der «Exzentrizität» wichtig, also die Fähigkeit, das eigene Erleben zu reflektieren, zu gewichten und ggf. relativieren zu können (*Petzold, 2003a*). Dabei empfiehlt sich zunächst über Verhaltensbeobachtungen und -analysen die Zusammenhänge zwischen der Risikosymptomatik und situativen Bedingungen und negativen emotionalen Zuständen, die die Symptomatik verstärken oder aufrechterhalten herauszuarbeiten. Speziell könnte dazu die ABC-Technik aus der kognitiv-behavioralen Therapie benutzt werden, um zu verdeutlichen, wie Gedanken/Interpretationen unsere Gefühle beeinflussen und umgekehrt (*Mehl & Lincoln, 2014*). Relevante kognitive Verzerrungen wie Wahrnehmungsverzerrungen, Erinnerungsverzerrungen und Verzerrungen im schlussfolgernden Denken sollten so mithilfe metakognitiver Techniken bearbeitet werden (*Michel et al., 2020*). Metakognitiv heisst in diesem Kontext, die Denkprozesse von einer exzentrischen Position aus zu reflektieren. In der Integrativen Supervision wurde dazu die Technik der «Metahermeneutischen Triplexreflexion bzw. Mehrebenenreflexion» entwickelt: das Reflektieren des Reflektierens (*Petzold 1994a/2007a*), wobei immer wieder auch emotionale Resonanzen und imaginative Exkursionen beigezogen werden können. Exemplarische Trugbilder oder Denkfehler können dazu erlebnisaktivierend eingesetzt werden. Zudem ist es günstig, psychoedukativ Informationen über unsere Erkenntnisprozesse zu vermitteln. Dabei können die folgenden Botschaften, orientiert an *Mehl und Lincoln (2014)*, wertvoll sein:

- Das Gehirn kann – hilfsweise – als eine Art biologischer Computer beschrieben werden, der bei seiner Arbeit häufig Fehler macht, die wir nur selten bemerken (z.B. Placebo- und Noceboeffekte, Fehlwahrnehmungen, Tinnitus, Phantomschmerzen etc.)
- Das Gehirn ist unter Stress fehleranfälliger und neigt zu weniger rationalem, extremerem

Denken

- Es gibt – so die Sicht von *Joseph LeDoux* (1996) in seiner ursprünglichen Forschungslinie – zwei Verarbeitungswege: die schnellere und nicht bewusste Route leitet Informationen (z. B. mögliche Gefahrenreize) direkt vom Thalamus zur Amygdala weiter und man empfindet Angst. Dabei können in dieser Sicht aber viele Fehler passieren. Die andere bewusstseinsnähere und teilweisebewusstseinsfähige Route sei langsam, aber dafür weniger fehleranfällig (ermöglicht Realitätsbezug) und führt vom Thalamus über den Kortex zur Amygdala. Z.B. wenn man realisiert, dass die Schlange hinter einer Glasscheibe ist, so dass der Abwehrreflex abgebremst bzw. blockiert werden kann.
- Die Aufmerksamkeit hat eine Filterfunktion und sorgt dafür, dass man Dinge, die einem wichtiger sind, schneller bemerkt
- Es ist menschlich, an einmal gewonnen Überzeugungen festzuhalten und Gegenbeweise weniger in Betracht zu ziehen. Man findet sogar leichter Argumente dafür (Confirmation-Bias).
- Eigene Erlebnisse führen dazu, dass sich bestimmte Überzeugungen eher festigen und man sensibler (Stichwort Salienz) wird für Informationen, die für die Überzeugung sprechen.

Hinzufügen könnte man aus integrativer Sicht noch:

- Kulturelle Bedeutsamkeiten als «kollektive mentale Repräsentationen» (sensu *Moscovici* 2001) aber auch als «kulturbestimmte embodiments» (sensu *Petzold* 2016q, z. B. Effekte des Burka-Tragens) können massgebliche Einflussgrößen sein.
- Mikro- und mesoökologische Einflüsse (Räume, Quartiere, Landschaften etc., sensu *Brinker, Petzold* 2018) stellen gleichfalls Einflussfaktoren dar, denen man zunehmend Beachtung schenkt.

Wenn Interpretationen einmal als irrig erkannt worden sind, empfiehlt es sich zudem, Annahmen ganz konkret zu testen mit Verhaltensexperimenten (*Michel et al., 2020; Mehl & Lincoln* 2014; *Petzold, Berger* 1977/2021). Und dabei muss man – wie stets in der Psychotherapie – am Puls der Forschung bleiben, wie gerade die voranstehende Aufstellung zeigt, denn:

Die voranstehend aufgeführte «...von *Joseph LeDoux* (1996) in 'The emotional brain' inaugurierte höchst einflußreiche neurobiologische Sicht von emotionalen Prozessen, in Sonderheit der Furcht, ist nun von ihm selbst reinterpretiert (ders. 2012) und ergänzt worden. Nicht zuletzt hat er die Rezeptionsweise seiner Theorie durch EmotionsphilosophInnen und PsychotherapeutInnen kritisiert, was einer Revision der Lesart seiner Theorie gleichkommt (ders. 2016, 2019) und zu neuen Diskussionen des alten Problems der Beziehungen von Kognitionen und Emotionen führt (*Majeed* 2020). Für die Psychotherapie ist das äußerst relevant. Die Integrative Emotionstheorie (*Petzold* 1992b, 1995g) bedarf auch einer neuen Durchsicht im Lichte dieser Diskussion, liegt aber mit ihren Positionen durchaus gut im Feld, wenn wir die physiologischen Grundlagen der Gefühle nicht gleich setzten mit ihrer phänomenal erlebten, transmateriellen Realität, wohl aber unlösbar mit ihr verbunden und auch mit der 'eingewobenen' kognitiven Seite der Gefühle, sobald sie benannt werden. Im leibhaftig *gespürten* (*Craig* 2015), bewusst *erlebten* und *benannten* Gefühl sind Physiologie, Emotion und Kognition als 'Synergem' präsent» (*Petzold, Orth, Sieper* 2021b).

Das kommt in der Praxeologie und Praxis des Integrativen Ansatzes zum Tragen.

«In der therapeutischen Arbeit verbindet das integrative Vorgehen den spezifisch psychotherapeutischen Ansatz mit dem pädagogisch-psychagogischen und dem soziotherapeutischen. Die Praxis hat gezeigt, daß eine Trennung dieser Ansätze nicht möglich ist, sondern daß in jeder therapeutischen Arbeit auch pädagogische und soziotherapeutische Elemente zum Tragen kommen, ja zum Tragen kommen müssen, wenn nicht die Wirklichkeit des Patienten verkürzt und damit die Effektivität der Behandlung eingeschränkt werden soll» (*Petzold, Berger* 1977, S.453).

Heute setzt man standardmäßig «psychoedukative» Maßnahmen ein, wie sie seit den 1980er Jahren z. B. in der Schizophreniebehandlung aufkamen (Anderson et al. 1980; vgl. heute Behrendt, Schaub 2005; Bäuml et al. 2016). In der IT sprach man schon früh von «agogischen bzw. pädagogischen Massnahmen» (Petzold, Berger 1977, 452). Erlebniszentriert-agogische Ansätze dienen u.a. zur Distanzierung von stressauslösenden Risikosymptomen und wurden bzw. werden, wo angezeigt, unterstützt durch übungszentriert-funktionale Ansätze (ebenda S. 454), um einen intakten Realitätsbezug ganz konkret zu vermitteln. Mehl und Lincoln (2014) führen dazu als Möglichkeit bei psychotischen Patienten z.B. einen bewussten Wahrnehmungsspaziergang zur Ablenkung von Stimmenhören an. „Sinn aus den Sinnen schöpfen“ würde man in der integrativen Therapie dazu sagen, und verwendet dazu einen «multisensorischen Spaziergang» bzw. «multisensorische Übungen» (Petzold, Moser, Orth 2012, 17; Petzold, Petzold.Heinz, Sieper 1972), um durch eine bewusste Wahrnehmungslenkung auf die Sinne den Bezug zur Realität zu erfahren. Mit Bezug auf einen drohenden Verlust der «Grenzen des Selbst» in psychotischen Entwicklungen, könnten hier körperorientierte Übungen z. B. aus der «Integrativen Bewegungstherapie» oder den «neuen Naturtherapien» besonders wirksam sein, die die Grenzen zwischen innen und aussen erfahrbar machen, so z.B. sich abklopfen oder abstreichen oder die auch differentielles Verbindungs- bzw. Verbundenheit in «Angrenzungen», ja positives Konfluenzerleben ermöglichen (etwa im Tanz oder in der Naturbetrachtung, vgl. Petzold, Petzold-Heinz, Sieper 1972; Waldenfels 1976). Die Integrative Therapie sieht anthropologisch u.a. mit Bezug auf Merleau-Ponty (1945) den Menschen als «Leibsubjekt embodied and embedded» und geht dann in der Persönlichkeitstheorie von einem «Leibselbst» aus (Petzold 2002j, 2009c; Petzold, Sieper 2012), das im ontogenetischen Entwicklungsprozess die Dimensionen «Ich» und «Identität» ausbildet (Petzold 2003a, 526 – 548; ders. 2012q, 469). Mit dem an der empirischen Entwicklungspsychologie orientierten, Integrativen Modell der Persönlichkeitstheorie (ebenda und Sieper 2007b) sprechen wir deshalb von den «Grenzen des Leibselbsts» und sind von dem, in den 1970er auch in der IT gebrauchten, aus der psychodynamischen Tradition stammenden Term der «Ich-Grenzen» abgegangen, denn das «Ich» wird als ein «Bündel von neurophysiologisch gegründeten primären, sekundären, tertiären Ich-Funktionen bzw. Ich-Prozessen» gesehen (Petzold 2003a, 820, 845), die im psychotischen Geschehen oder auch in BPS-Dynamiken gestört sind und dadurch dysfunktional operieren und psychotisches (oder BPS-spezifisches, angstgestörtes etc.) Wahrnehmen, Verarbeiten, Denken und Handeln produzieren. Dadurch können physische und psychische Spannungszuständen entstehen, bei denen das Einüben von Entspannungsverfahren indiziert sein kann, wie zum Beispiel die progressive Muskelrelaxation oder die integrativ differentielle Relaxation (Lincoln & Mehl, 2014; Petzold, 2003a). Häufig entstehen krankheitsbildspezifische subjektive Realitäten – hier «psychotische Realitäten» – und von der jeweiligen Störung, z. B. einer Psychose geprägte «subjektive Theorien», die vom Realitätserleben anderer Menschen, einer «common sense reality» z. T. in mehr oder minder hohem Masse abweichen. Das bringt behandlungsmethodische und auch therapieethische Probleme mit sich. Denn mit Blick auf die Menschenwürde des schwer psychisch erkrankten Menschen, besonders in chronifizierten Ausprägungen, erhebt sich die Frage, in wie weit nicht auch die jeweiligen subjektiven Lebensformen »Lebensformen in eigenem Recht« sind und Respekt verdienen, wie im Bereich der körperlichen, geistigen und psychischen Behinderungen schon seit langem mit den Fragen um Teilhabe und Inklusion diskutiert wird und zunehmend auch in der Gesetzgebung berücksichtigt wird. Die Diskussionen sind noch keineswegs abgeschlossen und müssten auch vermehrt Perspektiven aus Diversity-Diskursen (vgl. Abdul-Hussain, Baig 2009; Michaels 2006; Toepfer 2020) mit reflektiert und berücksichtigen.

Ganz im Sinne der Integrativen Therapie sind die Behandlungen von Risikosymptomen differenziell und ganzheitlich abzustimmen. Neben dem Symptomorientierten Vorgehen ist insgesamt eine Förderung eines gesunden Lebensstils zur Förderung der Belastbarkeit relevant. Insbesondere Schlaf, Tagesstruktur, Ernährung, Bewegung und Beziehungspflege kommt dabei eine wichtige

Rolle zu. In einigen Fällen ist zudem ein Einsatz von Psychopharmaka nötig. Insgesamt erfordert auch eine Risikosymptomatik ein „Bündel von Massnahmen“ im Sinne einer multimodalen, integrativen Therapie und einer Gesamtkonzeption von Gesundheit und Krankheit – ein Thema, das «work in progress» bleiben wird (Petzold, 2003a; Petzold, Orth, Sieper 2021b).

Zusammenfassung: Psychosefrüherkennung und -behandlung: klinische und integrativtherapeutische Perspektiven

Die Arbeit beschreibt das Konzept von Psychoseerisikosyndromen zur Erkennung von PatientInnen mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer psychotischen Erstepisode. Weiter wird ein Überblick über die aktuellen klinischen Empfehlungen zur Psychosefrüherkennung und -behandlung im Sinne einer indizierten Prävention gegeben. Aus integrativtherapeutischer Perspektive werden dann ethische und ätiologische Aspekte beleuchtet sowie konkrete praxeologische Empfehlungen für integrative psychotherapeutische Interventionen ausgeführt.

Schlüsselwörter: Psychose, Risikosyndrom, Früherkennung von Psychosen, Frühbehandlung von Psychosen, Integrative Psychotherapeutische Interventionen

Summary: Early detection of and intervention in clinical high risk states of psychoses: clinical and integrative therapeutical perspectives

The journal describes the concept of clinical high risk states of psychoses to detect patients at an elevated risk of developing a first psychotic episode. It further presents an overview of the current clinical guidance on the early detection of and intervention in high risk states of psychoses in the sense of an indicated prevention. Ethical and aetiological aspects are examined from the perspective of integrative therapy. Finally it presents specific praxeological recommendations for integrative psychotherapeutical interventions.

Schlüsselwörter: psychosis, high risk state, early detection of psychoses, early intervention in psychosis, integrative psychotherapeutical interventions

Literaturverzeichnis

- Abdul-Hussain, S., Baig, S. (2009): Diversity in Supervision, Coaching und Beratung. Wien: facultas.
- American Psychiatric Association (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Amminger, G. P., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Alvarez-Jimenez, M., Herrman, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2011). Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia research*, 131(1-3), 112–119.
- Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P., Pitschel-Walz, G. (2016): *Handbuch der Psychoedukation : für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* Stuttgart: Schattauer.
- Anderson, C. M.; Hogarty, G. E.; Reiss, D. J. (1980): Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*.6 (3), 490–505.
[doi:10.1093/schbul/6.3.490](https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490)
- Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P., Pitschel-Walz, G. (2016): *Handbuch der Psychoedukation : für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrendt, B., Schaub, A. (2005): *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Brinker, P., Petzold, H. G. (2019): Ökologische Dimension in der Supervision – Ökologische Psychologie. *Supervision* 3/2019. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2019-brinker-p-kologische-dimension-in-der-supervision-kologische-psychologie-ressourcen.html>
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Yung, A. (2013): The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*, 70(1), 107–120.
- Glashan, T., Walsh, B., Woods, S. (2010): *The Psychosis-Risk Syndrome: Handbook for Diagnosis and Follow-Up*. Oxford, NewYork: Oxford University Press.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet (London, England)*, 377(9783), 2093–2102.
- Keshavan, M., Haas, G., Miewald, J., Montrose, D., Reddy, R., Schooler, N., et al. (2003): Prolonged untreated illness duration from prodromal onset predicts outcome in first episode psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 757–769.
- LeDoux, J. E. (1996): *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2012): Rethinking the emotional brain. *Neuron* 73:653–676.

- LeDoux, J. E. (2016): *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. New York: Viking.
- LeDoux, J. E. (2019): *The Deep History of Ourselves: The Four-Billion Year Story of How We Got Conscious Brains*. New York: Viking; ders. (2021): *Bewusstsein. Die ersten vier Milliarden Jahre*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Majeed, A. R. (2020): The New Ledoux: Survival Circuits and the Surplus Meaning of 'Fear'. *The Philosophical Quarterly*, 70, 281, 809 - 829; <https://doi.org/10.1093/pq/pqaa009>.
- Mehl, S. & Lincoln, T. (2014): *Therapie-Tools Psychosen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Merleau-Ponty (1945): *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris
- Michaels, W. B. (2006): *The Trouble with Diversity: How We Learned to Love Identity and Ignore Inequality*. New York: Metropolitan.
- Michel, C., Hess, M., Flückiger, R. (2020): Früherkennung und -intervention von Psychosen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 2020(2), 4-11.
- Moscovici, S. (2001): *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. New York: New York University Press.
- Osten, P. (2019): *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)*. Stuttgart: Utb.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 205(2), 88–94.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19–28.
- Petzold, H.G. (1992b/1995g): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, in: ders. *Integrative Therapie* Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870; (2003a) S. 607 – 663 und revid. in Petzold, H.G. (1995g): *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn: Junfermann. Als e-book 2021: <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-hrsg-1995-die-wiederentdeckung-des-gefuehls-emotionen-in-der-psychotherapie-und-der-menschlichen-entwicklung/>
- Petzold, H.G. (1994a/2007a): Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: Petzold, H.G. (1998a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Paderborn: Junfermann. S. 97-174; 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a, S. 88 -147. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-1994a-2018-mehrperspektivitaet-ein-metakzept-fuer-modellpluralitaet-supervision-13-2018.pdf

- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in Petzold (2003a): *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. Bd. III, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie – Modelle, Theorien, und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. 3. Bde, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele/Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>
- Petzold, H.G. (2012h): *Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung*. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. FPI-Publikationen. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/15-2012-petzoldh-g-2012h-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege.html>
- Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605.
- Petzold, H. G. (2016q): Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zu Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in „unruhigen Zeiten“ am Beispiel dysfunktionaler neurozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niqab, Genital Mutilation *POLYLOGE* 21/2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/21-2016-petzold-h-g-2016q-kulturtheoretische-und-neuropsychologische-ueberlegungen-zu.html>
- Petzold, H.G., Berger, A.(1977/2021): *Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten*. In: Petzold (1977n) 457-477. Neueinstellung *POLYLOGE* 11/2021. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2021-petzold-h-g-berger-a-1977-integrative-bewegungstherapie-in-der-arbeit-mit-psychiatrischen-patienten/>
- Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018a): *Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation*. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 189-255. In: *Textarchiv* 2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a/2012): *Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken"* in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2021b): Integrative Therapie der „Dritte Welle“ in einer „prekären, transversalen Moderne“. Wege „personalisierter Psychotherapie“ als PRAXEOLOGIE der „17 Wirkfaktoren“ und differentieller „Bündel von Maßnahmen“ – eine Übersicht. Hückeswagen: Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung. [\(ersch. auch POLYLOGE Jg. 2022\)](#).

Petzold, H. G., Petzold-Heinz, I., Sieper, J. (1972/2019): Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis. Projektkonzept. Büttgen: Volkshochschule Büttgen. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/05-2019-petzold-h-g-petzold-heinz-i-sieper-j-1972-naturverbundenheit-schaffen-gruen.html>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>

Resch, F., Koch, E., Schultze-Lutter F., Schimmelmann, B.G. (2017): Schizophrene Psychosen im Kindes- und Jugendalter: Früherkennung und Behandlung. PSYCH Up2date. 11(02), 131–147.

Schaffner, N., Schimmelmann, B. G., Niedersteberg, A., & Schultze-Lutter, F. (2012). Versorgungswege von erstmanifesten psychotischen Patienten - eine Übersicht internationaler Studien. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 80(2), 72–78.

Schimmelmann, B. G., Conus, P., Cotton, S., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. Schizophrenia research, 95(1-3), 1–8.

Schimmelmann, B., Resch, F. (2014) (Hrsg.): Psychosen in der Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer.

Schimmelmann, B., Schmidt, S., Carbon, M., Correll, C. (2013): Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a rational, evidence-informed approach. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), 219–230.

Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Meneghelli, A., Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, A., Raballo, A., Klosterkötter, J., & Ruhrmann, S. (2015): EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 388–404.

Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia bulletin*, 35(1), 5–8.

Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S. (2007): Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A). Rom: Giovanni Fioriti Editore.

- Schultze-Lutter, F., Koch, E. (2010): Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth Version (SPI-CY). Rom: Giovanni Fioriti Editore.
- Schultze-Lutter, F., Meisenzahl, E., Michel, C. (2020): Psychotische Störungen in der ICD-11: Die Revisionen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1–10.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2015): EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 405–416.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S. (2008): Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. 1. Aufl. Bremen: UNI-MED.
- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Walger, P., & Schimmelmann, B. G. (2017): Entwicklungsspezifische Aspekte in der Früherkennung und Frühbehandlung eines erhöhten Psychoserisikos. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(5), 324–344.
- Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/05-2011-sieper-johanna-integrative-therapie-als-life-span-developmental-therapy-und-klinische/>
- Toepfer, G. (2020): Diversität: Historische Perspektiven auf einen Schlüsselbegriff der Gegenwart. *Zeithistorische Forschungen*. Bd.17, 130 – 144.
- Waldenfels, B. (1976). Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten. *Phänomenologische Forschungen II*. Freiburg: Alber.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005): Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(11-12), 964–971.