

Früherkennung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis

A. E. Simon, C. Lauber, K. Ludewig, M. Merlo, D. Umbricht

Einführende Bemerkungen

In den letzten Jahren hat sich das Augenmerk in der Forschung und Behandlung schizophrener Psychosen auf ihre Frühphasen gerichtet. Erkenntnisse aus wegberreitenden Studien des Langzeitverlaufs [1], der ersten Episoden [2] sowie die «high risk»-Studien [3] erlaubten eine detaillierte Analyse verschiedenster Aspekte dieser Frühphasen. Die präpsychotische Prodromalphase (PD) und die Dauer unbehandelter Psychose (DUP) werden als Dauer unbehandelter Krankheit zusammengefasst [4]. Es ist heute bekannt, dass zum einen die PD oft Jahre [4], zum andern die DUP, d.h. das Intervall zwischen erstem psychotischen Symptom und erster Behandlung, meist 1 bis 2 Jahre dauert [4]. Die Dauer unbehandelter Krankheit ist daher oftmals beträchtlich. Studien der letzten Jahre erhärten die Vermutung, dass eine Verkürzung der DUP zu einem günstigeren Krankheitsverlauf führt [5]. In jüngster Zeit wird in einer kleinen Zahl von Arbeitsgruppen untersucht, ob eine medikamentöse Intervention bereits in der PD zu befürworten ist [6, 7].

Wir stellen nachfolgend keine Behandlungsmodelle dar. In unserem Artikel werden wir auf die Schwierigkeiten der Erkennung schizophrener Frühphasen eingehen und Möglichkeiten zur Verbesserung diskutieren. Neben den Schwierigkeiten diagnostischer Art besprechen wir auch jene, die mit den Strukturen des bestehenden professionellen Dienstleistungsangebots für hilfeschuchende gefährdete oder schon psychotische junge Menschen und deren Familien einhergehen. Schliesslich beleuchten wir die ausserordentlich wichtige Rolle der Hausärzte und stellen ein Projekt vor, welches landesweit zu einer früheren Prävention beitragen soll und so einen günstigen Einfluss auf die so verheerende Chronifizierung schizophrener Psychosen ausüben könnte.

Korrespondenz:

Dr. med. Andor E. Simon
Swiss Early Psychosis Project
c/o 2, chemin du Petit-Bel-Air
CH-1225 Chêne-Bourg/GE
E-mail: andor.simon@tiscalinet.ch

Diagnostik der Prodromalphase

Das Konzept der PD (prodromos [griech.] = Vorläufer) ist aus der Infektiologie bekannt und beschreibt einen Zustand unspezifischer Symptome, die obligat von den Leitsymptomen der Krankheit gefolgt werden. Die Adaptation dieses Konzepts an schizophrene Psychosen wurde lange Zeit v. a. im Zusammenhang mit der Rückfallprophylaxe, der sogenannten tertiären Prävention, untersucht [8]. Um Rückfälle zu verhindern, ist es von grösster Bedeutung, mit dem Patienten sorgfältig diese Prodromi, «Alarmzeichen», zu erarbeiten. Meist sind es immer wiederkehrende Symptome, die für jeden individuellen Patienten «spezifisch» sind.

Prodromi von ersten psychotischen Episoden sind in den letzten Jahren in grösserer Zahl erforscht worden [9, 10]. Daraus ergaben sich hauptsächlich zwei Erkenntnisse: zum einen dauert die PD oft mehrere Jahre [4], zum andern umfasst sie in der Regel unspezifische Symptome [9] (siehe Tab. 1). Es liegt auf der Hand, dass die Erkennung schizophrener Frühphasen allein dadurch erheblich verzögert werden kann. Ein häufig anzutreffendes Erscheinungsbild ist die Diskrepanz zwischen unspezifischen Symptomen und einem deutlichen Abfall sozialer Kompetenzen über mehrere Monate. In den gebräuchlichen diagnostischen Nosologia wird für die Diagnose einer schizophrener Psychose die Dauer der PD unterschiedlich gehandhabt: Im DSM-IV [11] werden 6 Monate andauernde Veränderung im Verhalten des Patienten verlangt und damit die PD zeitlich definiert, in der ICD-10 (WHO 1994) wird sie für die Diagnose einer Schizophrenie nicht berücksichtigt. Dort reicht ein Vorhandensein psychotischer Symptome während 1 Monat für die Diagnosestellung einer Schizophrenie. Verglichen mit den Resultaten klinischer Studien [12], besteht hier die Gefahr, dass Patienten viel zu schnell diese Diagnose gestellt bekommen. Um dieser Gefahr zuvorzukommen, beschreiben sowohl das DSM-IV wie auch die ICD-10 verschiedene kurzdauernde psychotische Episoden. Jüngere Daten von McGorry et al. [13] weisen darauf hin, dass unspezifische Prodromi etwa 6 Monate lang vorhanden sind, bevor tatsächlich ein erhöhtes Risiko angenommen werden muss, an einer Schizophrenie zu erkranken.

Die Unspezifität der Prodromi war dafür verantwortlich, dass sie im DSM-IV unter den Schizophrenien keine Berücksichtigung mehr fanden [14], hingegen teilweise bei der Beschreibung der schizotypen Persönlichkeitsstörung wiederzufinden sind [15]. In den letzten Jahren haben verschiedene Arbeitsgruppen untersucht, ob es möglich ist, «spezifischere» Kriterien zu definieren, um eine PD zu erkennen. Zu diesem Zweck haben sie Instrumente entwickelt, die der wissenschaftlichen Quantifizierung der psychotischen Frühphasen dienen [16]. Yung et al. [17] und Cornblatt et al. [18] unterteilten die PD in drei Gruppen mit unterschiedlichen Graden psychotischer Symptome, wobei beide kurzdauernde, wenige Tage dauernde, psychotische Erlebnisse zur PD rechnen.

Defizite kognitiver Funktionen spielen im Krankheitsverlauf, insbesondere für die Rehabilitation und Reintegration von Patienten, eine zentrale Rolle [19, 20, 21]. Diese kognitiven Störungen sind oft schon bei Krankheitsbeginn nachweisbar und u. a. in den sogenannten Basisstörungen beschrieben worden [22]. Neuere Studien zeigen, dass sie prädiktiv für eine beginnende schizophrene Psychose sind [10]. Neben Störungen von Gedächtnis- und Exekutivfunktionen (inkl. Arbeitsgedächtnis) scheint es bereits in der PD zu Aufmerksamkeitsstörungen zu kommen [23]. Cornblatt et al. [24] konnten diese Aufmerksamkeitsstörungen bereits in der prämorbid Phase feststellen. In jüngster Zeit werden Patienten mit psychotischen Frühphasen auch mittels struktureller und funktioneller Bildgebung untersucht [25, 26].

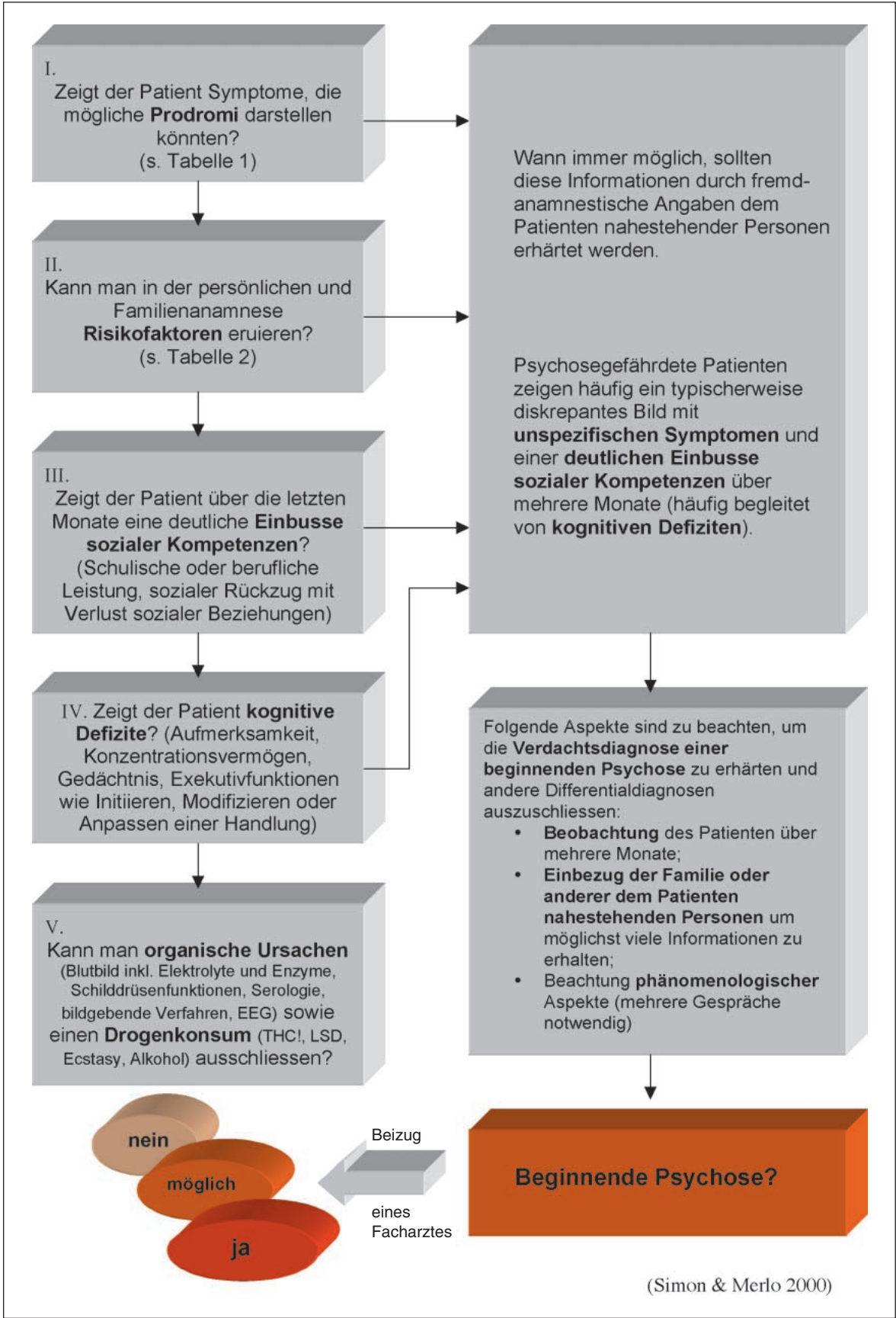
Obwohl diese Quantifizierung für wissenschaftliche Zwecke so ausserordentlich wichtig ist, ersetzt sie nicht eine exakte klinische Evaluation. So ist es heute oft ein Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [27], der über den Schweregrad der Depression entscheidet, und nicht der klinische Befund. Bei Patienten, die unter Prodromi schizophrener Psychosen leiden, scheitert die psychopathologische Quantifizierung oft nicht nur der Unspezifität der Symptome wegen, sondern weil schon in diesem Zustand das Misstrauen des Patienten es nicht zulässt, subjektives Erleben preiszugeben. Meist sind daher mehrere Gespräche notwendig, um eine Vertrauensbasis zu schaffen, die es dem Patienten erlauben, über seine veränderten Wahrnehmungen und Bezugssysteme zu sprechen. Nur wenige Autoren haben diesen phänomenologischen Aspekten des veränderten inneren Erlebens des Patienten Rechnung getragen [für Übersicht s. 12]. Conrad [28, 29] beschrieb in seiner fundamentalen Gestaltanalyse die einzelnen Phasen der beginnenden Schizophrenie. Zu Beginn der Krankheit steht das «Trema» (@ Lampenfieber), welches umschreibt, dass der Patient, ähnlich einem Schauspieler vor dem Auftritt auf die Bühne, eine nicht definierbare innere Spannung erlebt und das Gefühl hat, dass «etwas geschehen wird». Schon Jaspers berichtete von der Wahnstimmung, dem Gefühl des Patienten, «es liegt etwas in der Luft» [30]. Der Patient fühlt, dass er alltägliche Aufgaben nicht mehr so unbeschwert angehen kann wie seine Mitmenschen. Es bildet sich langsam, aber stetig, eine Kluft zwischen dem Patienten und den anderen, was Grund ist für die in dieser Phase oft anzutreffende depressive und ängstliche Grundstimmung und für spannungslösenden Konsum von Drogen, insbesondere von Cannabis [31]. In einer kürzlich erschienenen Arbeit haben Möller und Husby [32] die in der Folge veränderten Verhalten dieser Patienten hervorgehoben. Patienten beginnen sich zurückzuziehen, meiden den sozialen Kontakt, auch mit der Familie, aus Angst, man könnte ihnen anmerken, dass etwas verändert ist, bleiben den gemeinsamen Mahlzeiten fern und verbringen ganze Tage im Bett oder mit bizarr anmutenden Handlungen in ihrem Zimmer. Aggressive Handlungen und Suizid sind tragische Konsequenzen dieses Leidens des Patienten [28]. Vielfach unternehmen Patienten

den Versuch, diesem ihnen so unerklärlichen Gefühl einen Namen zu geben, was als Hyperreflexivität bezeichnet wurde [33, 34] und von der Umwelt oftmals als philosophisch anmutende, letztlich aber wenig verständliche Gedanken erlebt wird. Grivois [35] spricht in dieser Phase vom «concernement», d. h. der Patient fühlt sich mehr und mehr betroffen, weil er in seinem für ihn veränderten Bezugssystem erlebt, dass er der einzige ist, der nun anders geworden ist. In diesem Zustand beginnt der Patient, seine Umgebung nicht entsprechend der äusseren Realität zu interpretieren. Zunächst kann sich der Patient noch «über die Zeit retten» und sich in seinen Interpretationen der äusseren Welt ein System erschaffen, welches zwar angst- und spannungslösend sein kann, aber schon nahe an wahnhaftige Inhalte angelangt ist. Diesen Prozess nennt Grivois [35] «centralisation», und nach Conrad [28] führt er zur «Apophänie» (griechisch = offenbar werden), in der nun die «innere Welt» auch «kontaminiert» ist: es kommt zur symptomatischen Offenbarung der psychotischen Krankheit.

Synthese: Handelt es sich wirklich um eine Frühphase einer schizophrenen Psychose?

In Abbildung 1 ist das von uns empfohlene Procedere zur Abklärung von Prodromi (I) dargestellt [12]. Daraus geht hervor, dass die Abklärung einer eventuellen PD eine exakte differentialdiagnostische Arbeit erfordert. Eine Abklärung der v. a. aus den «high risk»-Studien bekannt gewordenen Risikofaktoren (II) (siehe Tab. 2) [36, 37] kann retrospektiv nützlich sein. Diese umfassen insbesondere prä- und perinatale obstetrische Komplikationen, verzögerte Entwicklung der Neuromotorik, der Sprache und der Sozialisation sowie Verhaltensauffälligkeiten. Verwandte 1. Grades, die eine psychotische Krankheit oder eine schizotypische Persönlichkeit aufweisen, bilden einen wichtigen Risikofaktor [38]. Eine Abklärung der sozialen Kompetenzen (III) der letzten Monate ist unentbehrlich und bezieht die schulischen oder beruflichen Leistungen, das «peer»-Verhalten und die Kontakte innerhalb der Familie ein [39]. Kognitive Einbussen (IV) können grob-kursorisch mit einfachen Mitteln abgeschätzt werden: z. B. Zahlenreihen vorwärts und rückwärts nachsagen, Sprichwörter interpretieren, möglichst viele mit «S» beginnende Wörter aufzählen. (Eine genauere Abklärung der kognitiven Funktionen erfordert allerdings eine neuropsychologische Evaluation durch einen Fachmann). Es ist unentbehrlich, eine organische Ursache des Zustandsbilds auszuschliessen (V) [40]: hämatologische (inkl. Blutsenkung) und serologische Untersuchungen (Lues, HIV, Borreliose) sind genauso notwendig wie der Ausschluss von pathologischen Schilddrüsenfunktionen und neurologischen Erkrankungen (EEG, evtl. MRI). Dazu ist ebenso ein Urinstatus empfehlenswert, der gleichzeitig für ein unbedingt durchzuführendes Drogenscreening (Cannabis, Kokain, Amphetamine!) verwendet werden sollte.

Abbildung 1
 Abklärung einer möglichen Frühphase einer schizophrenen Psychose.



Sehr häufig ergibt eine genaue Abklärung ein klinisches Bild, das durch die Diskrepanz von unspezifischen Symptomen, den Prodromi, und einem deutlichen Abfall sozialer Kompetenzen [17] geprägt ist. Häufig sind kognitive Einbussen vorhanden. Es ist von entscheidender Bedeutung, Informationen auch von Familienangehörigen und dem Patienten nahestehenden Personen zu erhalten, um den Verdacht einer schizophrenen Frühphase erhärten zu können. Familien können aber aus Angst, Schuldgefühlen oder mangelnder Introspektion mitunter Informationen zurückhalten oder bagatellisieren («sealing over») [41]. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, empfehlen wir eine Beobachtung des Patienten über mehrere Sitzungen. Die Phänomenologie der beginnenden Psychose macht deutlich, dass der Zeitfaktor wichtig ist. Oft ist es dem Patienten nur dann möglich, über seine inneren Erlebnisse zu berichten, wenn ein Vertrauensverhältnis mit dem Arzt hergestellt werden konnte. Dies ermöglicht dem Arzt auch die Evaluation der phänomenologischen Aspekte [12].

Der Einschluss eines Zeitfaktors und der phänomenologischen Evaluation erlaubt es, eingangs festgestellte Symptome, wie beispielsweise eine depressive Grundstimmung, genauer zu situieren und festzustellen, ob nicht schon ein präpsychotisches «Terrain» den Ausdruck dieses Symptoms begünstigt hat [12]. Es erlaubt auch, festzustellen, ob nicht doch schon einzelne, isoliert psychotische Symptome vorhanden sind.

Die Rolle des Hausarztes in der frühen sekundären Prävention

In den letzten Jahren wird in der gesamten Medizin versucht, weit früher im Krankheitsverlauf einzugreifen. Im Falle einer Intervention während einer ersten noch unbehandelten psychotischen Episode spricht man von sekundärer Prävention [4]. Simon et al. [4] haben für eine sehr rasche Intervention zu Beginn der ersten unbehandelten Psychose oder noch in der PD die «frühe sekundäre Prävention» vorgeschlagen. Die Auseinandersetzung mit der Erkennung der PD wirft aus der Perspektive der Prävention eine sehr entscheidende Frage auf: Wo kann, wenn überhaupt, frühe sekundäre Prävention betrieben werden? Psychiatrische Institutionen, einschliesslich niedergelassene Psychiater, kommen in den meisten Fällen mit schon psychotischen Patienten in Kontakt. Solche Patienten, häufig auch die Familien, haben in aller Regel vor diesem Kontakt mit der Psychiatrie schon Versuche unternommen, Hilfe zu erhalten [42, 43]. Sowohl die «Northwick Park Study» [42] als auch die «Royal Park Study» [43] konnten aufzeigen, dass der Erstkontakt von hilfeschuchenden, erstmals psychotisch dekompenzierten Patienten in über einem Drittel der Fälle mit ihren Hausärzten gemacht wurde. Patienten in der PD sind in vielen Fällen schon misstrauisch, haben teilweise innere paranoide Erlebnisse und verweigern ein fachärztliches Gespräch. Bei Hausärzten, die oft seit Jahren die Familie des Patien-

ten kennen, kann noch genügend Vertrauen vorhanden sein, um in ein erstes Gespräch einzuwilligen. In diesen ersten Begegnungen wird vieles in der Haltung des Patienten seinen zukünftigen Begegnungen mit ärztlichen Interventionen gegenüber vorgebahnt. Der Hausarzt spielt daher in diesem Stadium eine äusserst wichtige Rolle. Dieses nicht psychiatrisierende und daher kaum stigmatisierende Umfeld kann den Patienten und seine Familie ermutigen, offene Gespräche über verändertes Verhalten und innere Erlebnisse des Patienten zu führen.

Da aber eine beginnende schizophrene Psychose keineswegs zu den häufigsten Krankheitsbildern gehört, mit denen der Allgemeinarzt in Kontakt kommt, besteht die Gefahr, dass sie als solche nicht erkannt oder missinterpretiert wird. So erstaunt nicht, dass sowohl in der «Northwick Park Study» [42] als auch in der «Royal Park Study» [43] die Patienten und ihre Familien 5 Anlaufstellen kontaktierten, bis fachspezifische Hilfe erreicht werden konnte und eine Psychose als solche erkannt wurde. Andererseits besteht die Gefahr einer voreiligen Diagnosestellung und Anbehandlung mit Psychopharmaka. Das im Jahre 1999 gegründete «Swiss Early Psychosis Project» (SWEPP) (www.come.to/SWEPP) strebt eine landesweite Fortbildung für Hausärzte an, mit dem Ziel, beginnende Psychosen früher und besser zu erkennen [44].

Ausbau der frühen sekundären Prävention

Die Resultate der «Northwick Park Study» [42] und der «Royal Park Study» [43] machen zum einen deutlich, in welchem Ausmass psychotische Patienten Schwierigkeiten haben, Kontakt zu knüpfen. Nicht alle psychosegefährdete oder psychotische, aber noch unbehandelte Patienten wenden sich an ihren Hausarzt. Viele wagen nicht einmal diesen Schritt und bleiben oft lange Zeit in der Gesellschaft mit ihren sich anbahnenden, schweren und potentiell gefährlichen Krankheiten unbemerkt. Insbesondere Patienten mit schleichendem, von Negativsymptomen geprägtem und sehr frühem Krankheitsbeginn sowie Patienten mit männlichem Geschlecht [45] bleiben länger symptomatisch, bevor sie in Behandlung kommen. Patienten mit bereits floriden Symptomen ziehen vergleichsweise höhere Aufmerksamkeit an [45], was auch für affektive Psychosen gilt, so dass dadurch die DUP kürzer wird [2]. Andererseits können gerade paranoide Symptome zu sekundären negativen Symptomen führen, die auch innerhalb der Familien längere Zeit unerkannt bleiben [2]. Angehörige schreiben Verhaltensänderungen initial Reaktionen des Adoleszentenalters zu und meiden bei anhaltender Symptomatik aus Schuldgefühlen, aus Angst vor Stigmatisierung sowie negativer Stereotypisierung eine Kontaktaufnahme mit psychiatrischen Diensten [46]. Erst deutliche Stimmungsschwankungen oder suizidale Handlungen machen die Umgebung hellhörig [46]. Vielfach ist der Betroffene nicht bereit, Hilfe anzunehmen, was hinsichtlich kultureller und

Tabelle 1

Mögliche frühe Symptome einer beginnenden psychotischen Dekompensation.

- Die Person zeigt Misstrauen, ist ängstlich und reizbar, hat eine depressive Grundstimmung und fühlt eine innere Spannung.
- Die Person zeigt eine schwankende Grundstimmung, Schlafstörungen, Inappetenz, Verlust von Energie und Motivation sowie Schwierigkeiten der Konzentration und des Gedächtnisses.
- Die Person berichtet über beschleunigtes oder verlangsamtes Denken, über Gedanken-drängen oder über das Gefühl, dass seine Umgebung sich anders anmutet oder sich verändert hat.

Tabelle 2

Persönliche und familiäre Risikofaktoren, die eine mögliche Rolle für die Prediktion einer beginnenden Psychose spielen können.

- Verwandte 1. Grades mit einer psychotischen Krankheit oder einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung.
- Obstetrische Komplikationen (prä- und perinatal).
- Risikofaktoren im Zusammenhang mit der (früh-)kindlichen Entwicklung sowie der Adoleszenz: verzögerte motorische und Sprachentwicklung, betonte Ängstlichkeit des Kindes in sozialen Situationen, weniger Selbstvertrauen als Gleichaltrige.
- Aufmerksamkeitsstörungen.
- Nicht beendete Ausbildung.
- Suizidverhalten in der Adoleszenz.

psychosozialer Faktoren [47] variiert und durch die Fähigkeit einer Selbsteinschätzung [48], durch Alter, Geschlecht sowie durch Haltung und Bildung der Familie [49] mitbeeinflusst wird. In engen Gemeinschaften, wie sie in Immigrationsgruppen über längere Zeit zu finden sind, hängt das Akzeptieren eines öffentlichen Dienstes meist mit den normativen kulturellen Ansichten zusammen. Wenn keine Konvergenz besteht, wird Hilfe vielfach innerhalb dieser Gemeinschaft gesucht, oder es werden alternative Möglichkeiten in Anspruch genommen [47].

Die Resultate der «Northwick Park Study» [42] und der «Royal Park Study» [43] weisen zum andern aber auch darauf hin, dass die Schwelle für einen Erstkontakt von Hilfesuchenden vielfach als zu hoch erlebt wird. Die Fortbildung der Hausärzte ist ein wichtiger Schritt im Versuch, diese Schwelle herabzusetzen und somit eine möglichst frühe sekundäre Prävention zu ermöglichen. Im Idealfall sollte das Angebot von Fachärzten über die Fortbildung hinausgehen und zu einem kontinuierlichen Austausch führen. Zu diesem Zweck bieten zwei grosse internationale Arbeitsgruppen in Melbourne [50] und in Stavanger, Norwegen [51, 52], mobile Dienste an, die es ermöglichen, fachärztlich «vor Ort» zu evaluieren. In Melbourne ist dieser mobile Dienst Bestandteil des «Early Psychosis Prevention and Intervention Centre» (EPPIC) [53] und wird rund um die Uhr besetzt. Diese Dienste ermöglichen einen psychiatrischen Kontakt in einem nicht stigmatisierenden Milieu und den Brückenschlag zwischen Psychiatrie und Allgemeinmedizin. Ebenso können längere Wartezeiten ver-

mieden werden, bis es zu fachärztlicher Evaluation kommt. Die Gruppen in Melbourne und Stavanger intervenieren zusätzlich auch in Schulen und beim Patienten zu Hause [50, 51], um auch jene psychosegefährdete oder schon psychotische Menschen zu erreichen, die von sich aus den Kontakt nicht knüpfen können. Sowohl in Melbourne [54] als auch in Stavanger [52] konnte trotz des finanziellen Aufwandes für die Informationsverbreitung in den Medien (Plakate, Zeitungsannoncen, Fernsehen, Radio, Kino, Haushaltsbroschüren) und für den Ausbau des ambulanten Dienstes ein positiver Kosten-Nutzen-Effekt gezeigt werden. Der wirtschaftliche Aspekt darf nicht unterschätzt werden, gehören die etablierten Schizophrenien doch zu den teuersten Krankheiten überhaupt [55, 56]. Im norwegischen TIPS-Projekt konnte mit diesen erweiterten Angeboten die DUP von 114 auf 17 Wochen reduziert werden [57].

Diskussion und Ausblick

Schizophrene Psychosen stellen für Patienten und ihre Familien unermessliches Leid dar und gehören zu den teuersten Krankheiten überhaupt [56]. Obwohl noch nicht gesichert ist, dass eine Verringerung der DUP zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs führt [58–60], unterstützen mehrheitlich ermutigende Resultate aus einer wachsenden Zahl von Studien [61, 62] eine frühe Präventionsarbeit. Prodromi müssen nicht immer zu einer manifesten Psychose führen. Wo aber Prodromi vermutet werden, bedürfen sie einer gründlichen Abklärung in einem weder stigmatisierenden noch traumatisierenden Rahmen. Hausärzte spielen angesichts ihrer Position an der «Front» eine bedeutsame Rolle. Wir empfehlen, diese Abklärung gemäss Abb. 1 vorzunehmen. Wie zuvor erwähnt, ist die Diskrepanz zwischen unspezifischen Symptomen und einem deutlichen Abfall sozialer Kompetenzen über mehrere Monate ein häufig anzutreffendes Erscheinungsbild, was auch Yung et al. [17] und Cornblatt et al. [18] in ihren Untergruppen verdeutlichen. Im Gegensatz dazu dauern normative entwicklungsbedingte Veränderungen der Adoleszenz oder des jungen Erwachsenenalters meist nicht über mehrere Monate. Häufig sind in initialen Phasen kognitive Einbussen festzustellen. Eine Berücksichtigung phänomenologischer Aspekte, wozu meist eine längere Beobachtungszeit und eine Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt notwendig sind, kann den Verdacht einer beginnenden Psychose erhärten und die manifesten Prodromi einem möglicherweise schon «präpsychotischen Terrain» zuordnen lassen [12]. Bei erhärtetem Verdacht auf eine beginnende Psychose empfehlen wir den Zuzug eines Spezialisten.

Das «Swiss Early Psychosis Project» (SWEPP), ein 1999 gegründetes, landesweites Netzwerk, strebt als Grundziel die Präventionsarbeit schizophrener Psychosen an [44]. Um eine Vielzahl gefährdeter oder schon psychotischer, aber noch unbehandelter Menschen zu erreichen, muss die frühe Präventionsarbeit

in der Zukunft über die Fortbildung spezifischer Berufsgruppen hinausgehen. Die Gruppen in Melbourne [50] und in Stavanger [51] haben aufgezeigt, welchen Nutzen eine Verfeinerung des ambulanten Angebots mit mobilen Diensten, Interventionen «vor Ort» in der Praxis, in den Schulen und zuhause beim Patienten sowie öffentliche Aufklärungsarbeiten haben können [63].

Literatur

- Ciampi L, Müller CH. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestic Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin-Heidelberg-New York: Springer; 1976.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset of early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:80-6.
- Asarnow JR. Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophr Bull* 1988;14:613-31.
- Simon AE, Berger GE, Merlo MCG, Ferrero F. Diagnose und Behandlung schizophrener Erkrankungen. Teil I: Die Bedeutung der Früherkennung. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80(32/33):1973-5.
- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999;46:899-907.
- Philips L, McGorry P, Yung A, Francey S, Cosgrave L, Germano D, et al. The development of preventive interventions for early psychosis: early findings and directions for the future. *Schizophr Res* 1999;36:331-2.
- Cornblatt B, Obuchowsky M, Ditekowsky K, Singer A, Malhotra A, Becker J, et al. The hillside RAPP clinic: a research/early intervention center for the schizophrenia prodrome. *Schizophr Res* 1999;36:358.
- Malla AK, Norman MG. Prodromal symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994;164:487-93.
- Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualisations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
- Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:396-404.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Simon AE, Ferrero F, Merlo MCG. Prodromes of first-episode psychosis: how can we challenge non-specificity? *Compr Psychiatry* 2001; in press.
- McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophr Res* 2000;42:91-100.
- Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophr Bull* 1991; 17:51-67.
- Venables PH, Rector NA. The content and structure of schizotypy. *Schizophr Bull* 2000;26:587-602.
- Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) survey. *Schizophr Res* 2000;44:1-10.
- Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD. Prediction of psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl.33):14-20.
- Cornblatt B, Obuchowsky M, Schnur D, O'Brien D. Hillside study of risk and early detection in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl.33):26-32.
- Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull* 1999; 25:309-320.
- Pantelis C, Nelson H, Barnes TRE. Schizophrenia: a neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
- Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Beaussier JP. The association of neuropsychological deficits to clinical symptoms in first-admission subjects with psychotic disorders. *Schizophr Res* 1999;37:198-201.
- Süllwold L. Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 13. Berlin: Springer; 1977.
- Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychosis: the New York High-risk Project. *Am J Psychiatry* 2000;157(9):1416-22.
- Cornblatt B, Obuchowsky M, Roberts P, Pollack S, Erlenmeyer-Kimling L. Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Dev Psychopathol* 1999;11:487-508.
- Velakoulis D, Pantelis C, McGorry PD, Dudgeon P, Brewer W, Cook M, et al. Hippocampal volume in first-episode psychosis and chronic schizophrenia: A high-resolution magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:133-41.
- Copolov D, Velakoulis D, McGorry PD, Mallard C, Yung A, Rees S, et al. Neurobiological findings in early phase schizophrenia. *Brain Res Rev* 2000;31:157-65.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1958.
- Seywert F, Célis-Gennart C. La transformation du champ de l'expérience dans la schizophrénie: l'analyse structurelle de Klaus Conrad. *Evol Psychiatr* 1999;64:101-11.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1913.
- Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-63.
- Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:217-32.
- Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(suppl 395):20-9.
- Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phase of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1998;6:97-106.
- Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. London: John Libbey & Company Ltd.; 1998.
- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994;344:1398-402.
- Bearden CE, Rosso IM, Hollister JM, Sanchez LE, Hadley T, Cannon TD. A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:395-410.
- Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1041-50.
- Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, van der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-18.
- Berger GE, Simon AE, Merlo MCG, Ferrero F. Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen. Teil II: Diagnose. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80(32/33): 1976-8.
- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172 (suppl 33): 53-9.
- Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, et al. The Northwick Park Study of first episode schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986;148:115-20.
- Lincoln C, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathways. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl 33):21-5.

- 44 Simon AE, Berger GE, Merlo MCG. The Swiss Early Psychosis Project: a new nationwide network. Posterpresentation 2nd International Conference on Early Psychosis, New York 31/3-2/4/2000.
- 45 Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JMJ, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
- 46 Lincoln CV, McGorry PD. Who cares? Pathways to psychiatric care in early psychosis. *Psychiatr Serv* 1995;46:1166-71.
- 47 Harrison G, Holton A, Neilson D. Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors. *Psychol Med* 1989;19:683-96.
- 48 Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-36.
- 49 Boldero J, Fallon B. Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *J Adolesc* 1995;18:193-209.
- 50 Yung AR, Phillips LJ, Drew LT. Promoting access to care in early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ (eds.). *The recognition and management in early psychosis: a preventative approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 51-114.
- 51 Johannessen JO. Early intervention and prevention in schizophrenia. Experiences from a study in Stavanger, Norway. *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatr Neurol Jap)* 1998;100:511-22.
- 52 Larsen TK. Persönliche Mitteilung.
- 53 McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
- 54 Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:47-55.
- 55 Moscarelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 382):84-8.
- 56 Rund RB. Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:120-5.
- 57 Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T. Duration of untreated psychosis: an important target for intervention in schizophrenia? *Nord J Psychiatry* 1999;53:275-83.
- 58 Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Lavelle J, Galambos N. Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *Am J Psychiatry* 2000;157:60-6.
- 59 Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808-815.
- 60 Barnes TRE, Hutton SB, Chapman MJ, Mutsatsa S, Puri BK, Joyce EM. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry* 2000;177:207-11.
- 61 Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000;45:1-9.
- 62 Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2000;44:145-50.
- 63 Simon AE. Les jeunes psychotiques sans suivi: leur avenir intéresse-t-il les psychiatres? *Cah Psychiatr Genève* 2001 (in press).

La reconnaissance précoce des psychoses schizophréniques par le médecin traitant

A. E. Simon, C. Lauber, K. Ludewig, M. C. G. Merlo, D. Umbricht

Avant-propos

Ces dernières années, dans la recherche comme dans le traitement des psychoses schizophréniques, l'attention s'est dirigée vers les phases précoces de cette maladie. Les résultats des études sur l'évolution de la maladie à long-terme [1], des premiers épisodes [2] ainsi que des études «high risk» [3] ont permis une analyse détaillée de différents aspects de ces phases précoces. La phase prodromique (PD) prépsychotique et la durée de la psychose non traitée (DPNT) sont considérées comme la durée de la maladie non traitée [4]. Il est connu que, d'un côté, la PD peut souvent durer plusieurs années [4], et que, de l'autre côté, la DPNT – l'intervalle entre le premier symptôme psychotique et premier traitement – dure très souvent 1 à 2 ans [4]. La durée de maladie non traitée est donc en principe considérable. Plusieurs études des dernières années ont renforcé la présomption qu'une diminution de la DPNT contribue à une évolution plus favorable de la maladie [5]. Récemment, un petit nombre de groupes de recherche investigate la justification d'une intervention médicamenteuse déjà lors de la PD [6, 7].

Dans cet article, les modèles d'intervention ne sont pas présentés. L'article porte sur les difficultés à reconnaître les schizophrénies débutantes ainsi que sur les possibilités d'améliorer cette reconnaissance. En dehors des difficultés diagnostiques, les difficultés liées aux structures d'aide professionnelles existant actuellement pour les patients schizophrènes et leur familles seront abordées. Enfin, nous mettrons en évidence le rôle crucial que joue le médecin traitant dans le contexte d'un projet de prévention pour toute la Suisse qui devrait permettre de contribuer à l'évitement de la chronicisation souvent dévastatrice des psychoses schizophréniques.

Correspondance:
Dr Andor E. Simon
Swiss Early Psychosis Project
c/o 2, chemin du Petit-Bel-Air
CH-1225 Chêne-Bourg/GE
E-mail: andor.simon@tiscalinet.ch

Le diagnostique de la phase prodromique

Le concept de la PD (prodromos [grecque] = précurseur) est connu par l'infectiologie. Il décrit un état de symptômes non spécifiques qui est obligatoirement suivi par l'apparition des symptômes principaux de la maladie. L'adaptation de ce concept à la psychose schizophrénique a longtemps été appliquée dans le contexte de la prophylaxie des rechutes, la prévention tertiaire [8]. En effet, afin d'éviter des rechutes, il est très important de déceler avec le patient les signes d'alarmes précoces. Très souvent il s'agit de symptômes récurrents qui ont des caractéristiques particulières pour chaque patients.

Ces dernières années, les prodromes de premiers épisodes psychotiques ont été investigués dans un plus grand nombre [9, 10]. Ils y résultent en principe deux conclusions. D'un côté la PD dure souvent plusieurs années [4], d'autre côté elle se constitue en général de symptômes non spécifiques [9] (tab. 1). On peut en conclure que la reconnaissance d'une schizophrénie précoce est retardée par ces faits. Dans les nosologies diagnostiques quotidiennement utilisées, la durée de la PD est traitée de façon différente: le DSM-IV [11] exige une durée de 6 mois de comportement altéré avant de pouvoir définir une schizophrénie, tandis que le CIM-10 (WHO 1994) ne l'inclus pas pour le diagnostique d'une schizophrénie. Dans le CIM-10, la présence de symptômes psychotiques pendant 1 mois suffit pour poser le diagnostique d'une schizophrénie. En relation avec les résultats des études cliniques [12], ce délai induirait le risque d'un diagnostic de schizophrénie trop prématurément posé. Afin de prévenir à ce risque, le DSM-IV ainsi que le CIM-10 décrivent des épisodes psychotiques brefs. Récemment, des résultats de McGorry et al. [13] indiquent que des prodromes non spécifiques doivent être présents pendant environ 6 mois avant qu'un risque augmenté de développer une schizophrénie doive-t-être envisagé.

La non spécificité des prodromes a entraîné, dans le DSM-IV, leur classification partielle dans les critères de la personnalité schizotypique [14] et leur exclusion des critères de la schizophrénie [15]. Ces dernières années, différents groupes de travail ont examiné la possibilité de décrire des critères plus spécifiques en vue de reconnaître une PD. Ils ont donc développé des instruments qui servent à la quantification des phases précoces d'une psychose schizophrénique [16]. Yung et al. [17] et Cornblatt et al. [18] divisent la PD en trois groupes en tenant compte de différents degrés de symptômes psychotiques se déroulant sur quelques jours.

Récemment compte tenu de la reconnaissance croissante du fait que les fonctions cognitives jouent un rôle central dans l'évolution de la maladie [19, 20], celles-ci sont de plus en plus souvent examinées [21]. Les déficits cognitifs ont déjà été décrits dans les premiers travaux sur les symptômes de base des troubles psychotiques [22] et ils semblent avoir une valeur prédictive pour une schizophrénie débutante [10]. Au côté des possibles troubles de la mémoire et

des fonctions exécutives (y inclus la mémoire de travail), il semble que déjà lors de la PD des troubles de l'attention soutenue peuvent être mis en évidence [23]. Cornblatt et al. [24] ont pu découvrir ces troubles de l'attention soutenue déjà lors de la phase prémorbide. Récemment, les patients souffrant d'une phase précoce d'une schizophrénie, sont également examinés par les méthodes de l'imagerie structurelle et fonctionnelle [25, 26]. Toutefois, si ces instruments sont indispensables pour la quantification scientifique, ils risquent de mettre au deuxième rang l'évaluation clinique. Dans le même ordre d'idées, le degré d'un état dépressif est aujourd'hui souvent indiqué par le score sur le Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [27], et non pas par l'évaluation clinique. Chez des patients souffrant de prodromes schizophréniques, la quantification psychopathologique échoue souvent non seulement à cause de la non spécificité des symptômes, mais également en raison de la méfiance du patient propre à sa maladie, méfiance qui ne lui permet pas de révéler certains éléments de son vécu subjectif. Par conséquent, plusieurs entretiens sont souvent nécessaires pour instaurer une base de confiance qui permette au patient de parler de l'altération de ses perceptions et de ses systèmes de références. Seul un petit nombre d'auteurs s'est intéressé aux aspects phénoménologiques du vécu subjectif du patient [pour résumé voir 12]. Conrad [28, 29] a décrit dans son analyse de la Gestalt fondamentale les différentes phases de la schizophrénie débutante. Le *trema* (@ le trac) survient au début de la maladie. Il décrit une tension interne indéfinissable qu'éprouve le patient, son sentiment que «quelque chose va se passer», sentiment similaire à celui que l'acteur ressent avant d'apparaître en scène. Déjà Jaspers avait décrit le «pressentiment délirant» (*Wahnstimmung*) du patient que quelque chose «est dans l'air» [30]. Le patient sent qu'il n'arrive plus à aborder des tâches quotidiennes aussi aisément que les autres. Lentement, mais progressivement, un écart se crée entre le patient et son environnement. Cet éloignement contribue à la consommation de drogues, en particulier du cannabis [31], souvent rencontrée dans cette phase et motivée par la tentative de soulager l'état dépressif et anxieux. Dans une étude récente, Möller et Husby [32] ont inventorié les comportements des patients et leur dégradation. Les patients commencent à se retirer, à éviter le contact social même au sein de leurs familles, par peur que les autres puissent remarquer que quelque chose a changé en eux. Ils ne participent plus aux repas communs, passent leurs journées au lit ou dans leur chambres avec des activités bizarres. Des actes hétéro- ou auto-agressifs, y inclus le suicide, sont des conséquences tragiques de la souffrance de ces patients [28]. Souvent, ces patients tentent de donner un nom à ce sentiment intérieur indéfinissable, ce qui a été décrit comme hyperréflexivité [33, 34] et ce qui est fréquemment interprété par l'entourage comme des pensées quasiment philosophiques, mais finalement peu compréhensibles. Grivois [35] parle dans cette phase du *concernement*, où le patient se sent de plus en plus

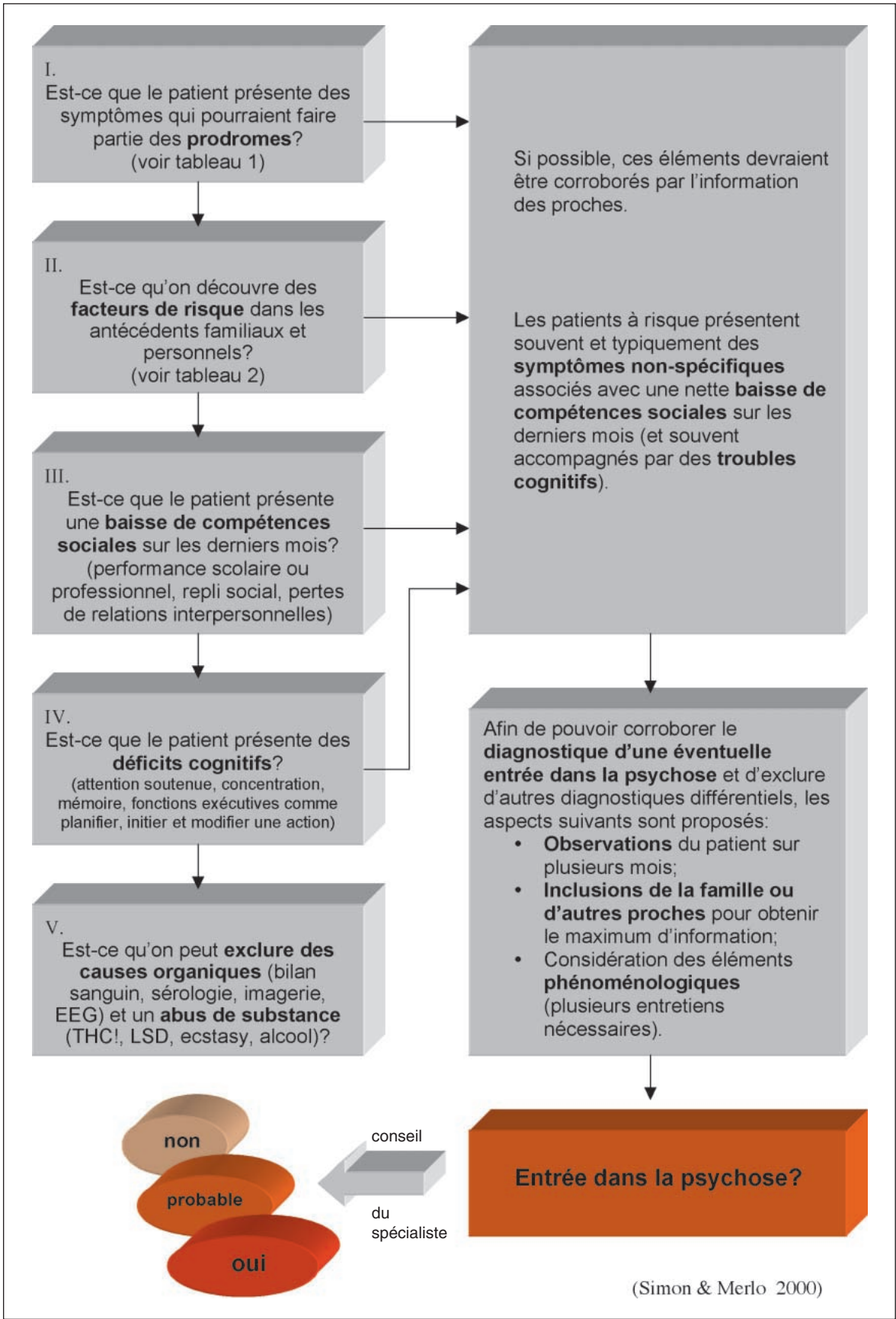
concerné, car dans son système de référence altéré, il perçoit qu'il est le seul à avoir changé. A ce stade, le patient commence à ne plus interpréter son environnement selon la réalité extérieure. Pendant un certain temps, le patient peut encore se «sauver» en se créant par ses interprétations du monde extérieur un système qui est, d'un côté, soulageant par rapport à ses angoisses et ses tensions, mais, d'un autre côté, déjà très près des contenus délirants. Grivois [35] appelle ce processus la *centralisation*, et d'après Conrad [28] il mène à l'apophénie (grecque = devenir manifeste), dans laquelle maintenant aussi le monde intérieur est «contaminé»: la révélation de la maladie psychotique.

Synthèse: Comment reconnaître une phase prodromique d'une psychose schizophrénique?

Le tableau 1 indique notre recommandation d'évaluation du risque d'une entrée dans la psychose (I) [12]. Il en ressort que l'évaluation d'une éventuelle PD constitue un travail de diagnostic différentiel exact. L'évaluation d'éventuels facteurs de risque (II) (tab. 2) [36, 37], connus à travers les études «high risk», peut s'avérer utile, de façon rétrospective. Ces facteurs incluent les complications obstétriques pré- et périnatales, une évolution retardée du développement psychomoteur, de la parole et de la socialisation, ainsi que des troubles du comportement. Des proches du premier degré qui souffrent d'un trouble psychotique ou qui présentent une personnalité schizotypique constituent un facteur de risque important [38]. Une évaluation exacte des compétences sociales (III) des derniers mois est indispensable de même que celle des performances scolaires ou professionnelles. Le comportement du patient avec son groupe de pairs ainsi que ses contacts au sein de sa famille doivent également être pris en compte [39]. Des déficits cognitifs (IV) peuvent être évalués brièvement par des moyens simples, par exemple: répéter des empanes de chiffres en ordre simple et en ordre inverse, interpréter des proverbes, nommer le plus de mots possible commençant par une lettre donnée. (Une évaluation neuropsychologique approfondie nécessite tout de même un spécialiste). Parallèlement, il est indispensable d'exclure une cause organique de l'état qui est présenté par le patient (V) [40] par une série d'exams: hématologie (y inclue la vitesse sédimentaire), sérologies (Lues, VIH, borrélieuse), fonctions thyroïdiennes. L'examen neurologique et des mesures telles que l'EKG ou l'IRM peuvent également être préconisés. Un examen urinaire peut également être proposé et permettre le cas échéant d'identifier la consommation d'éventuels toxiques (cannabis, cocaïne, amphétamine, ou autres).

Dans la phase d'entrée dans la maladie, on note très souvent un tableau discrétant de symptômes non spécifiques, les prodromes, et une nette baisse des performances sociales [17], souvent accompagnée par des déficits cognitifs. Pour établir le diagnostic d'une entrée dans la psychose, il est d'importance primor-

Figure 1
 Le diagnostic de l'entrée dans la psychose: proposition pour un arbre décisionnel.



diale de recueillir des informations de la part de la famille et des proches. Cependant, les familles peuvent souvent ne pas divulguer ou banaliser des informations («sealing over») [41] en raison de sentiments de peur ou de culpabilité ou encore par manque d'introspection. Comme illustré dans le tableau 1, nous recommandons une observation du patient établie sur plusieurs séances. La phénoménologie de la psychose débutante montre clairement que le facteur du temps est un élément important dans l'évaluation. Le temps permet d'établir une base de confiance, qui est indispensable pour que le patient puisse parler de ses expériences intérieures. Pour le médecin, une telle approche permet l'évaluation des aspects phénoménologiques [12].

La prise en compte de l'évolution dans le temps et l'évaluation phénoménologique permettent de mieux pouvoir apprécier les prodromes, comme par exemple un état dépressif, et de constater s'il n'y avait pas déjà un «terrain prépsychotique» qui a favorisé l'expression de ce symptôme [12]. Elle permet aussi de constater s'il n'y a pas déjà la présence de quelques symptômes psychotiques isolés.

Le rôle du médecin traitant dans la prévention secondaire précoce

Depuis ces dernières années, la prévention se porte déjà sur les phases précoces de la majorité des maladies. L'intervention lors d'un premier épisode psychotique non traité se nomme prévention secondaire [4]. En effet, Simon et al. [4] ont proposé le terme de *prévention secondaire précoce* pour décrire une intervention rapide au début du premier épisode non traité ou encore pendant la PD. La question de la reconnaissance d'une entrée dans la psychose soulève, par rapport à la prévention, une autre: où, si jamais, est-ce que la prévention secondaire précoce peut-être rendu possible? Dans la plupart des cas, les institutions psychiatriques ou les psychiatres privés rencontrent les patients alors qu'ils sont déjà entrés dans une pathologie psychotique. Il s'avère que préalablement à ce premier contact avec la psychiatrie, ces patients mais également souvent leurs familles, ont déjà fait des tentatives pour obtenir une aide appropriée [42, 43]. En effet, la «Northwick Park Study» [42] ainsi que la «Royal Park Study» [43] ont mis en évidence que le premier contact de patients, présentant une première manifestation psychotique, se fait dans un tiers des cas avec les médecins traitants. Les patients au cours de la PD présentent souvent de la méfiance et des expériences paranoïdes, les poussant à refuser un entretien psychiatrique professionnel. En revanche, la confiance peut-être encore établie dans le cadre d'un premier entretien avec le médecin généraliste qui souvent connaît depuis de longues années la famille du patient. Lors de ces premières rencontres, beaucoup d'éléments pèsent sur l'attitude du patient envers ces futures rencontres avec la médecine. Le médecin traitant joue donc un rôle crucial dans ce stade. Il offre un environnement non

psychiatrisant et donc peu stigmatisant, il peut encourager le patient et sa famille à établir des entretiens ouverts et à témoigner de comportements et de vécus intérieurs altérés chez le patient.

Toutefois, la psychose schizophrénique ne faisant pas partie des maladies les plus souvent rencontrées par le médecin généraliste, il existe un danger que ces états ne soient pas reconnus comme tels et demeurent méconnus. Ainsi, il n'est pas surprenant que la «Northwick Park Study» [42] et la «Royal Park Study» [43] relèvent que les patients et leurs familles ont dû contacter 5 professionnels avant qu'une psychose ait pu être diagnostiquée comme telle. Toutefois, le risque d'un diagnostic de psychose prématurément posé accompagné d'un début de traitement inadapté existe également. Le «Swiss Early Psychosis Project» (SWEPP) (www.come.to/SWEPP), créé en 1999, envisage une formation continue pour les médecins traitants, dans toute la Suisse, afin d'améliorer la reconnaissance de la psychose débutante dans la perspective d'améliorer le niveau de prévention [44].

Extension de la prévention secondaire précoce

Les résultats de la «Northwick Park Study» [42] et de la «Royal Park Study» [43] montrent clairement à quel point les patients psychotiques ont de la peine d'établir un contact. En effet, un certains de patients à risque ou déjà psychotiques encore non traités se rendent chez leur médecins de famille. Toutefois beaucoup de ces patients ne font même pas une telle démarche, leur diagnostic demeurant méconnu par l'environnement malgré l'évolution de leur maladie progressive et potentiellement dangereuse. En particulier les patients de sexe masculin, avec un début de maladie lent, caractérisée par des symptômes négatifs [45] restent plus longtemps symptomatique avant qu'ils adhèrent à un traitement. Les patients présentant des symptômes déjà florides attirent plus d'attention de leur entourage [45], ce qui est aussi le cas pour les psychoses affectives, et ceci entraîne une diminution de la DPNT [2]. On observe également que souvent ce sont les symptômes paranoïdes qui mènent à des symptômes négatifs secondaires qui peuvent demeurer inaperçus même dans les familles pendant une longue période [2]. En effet, les proches ont tendance à lier un changement du comportement à des réactions normatives de l'adolescence, et si les symptômes durent, ils évitent par sentiment de culpabilité, par peur d'une stigmatisation ou par stéréotypie négative de contacter un service psychiatrique [46]. Seul des fluctuations de l'humeur ou des actes suicidaire alertent l'environnement [46]. De plus, les patients ne sont pas toujours prêts à accepter de l'aide, ce qui varie selon des facteurs psychosociaux [47], la capacité d'introspection [48], l'âge, le sexe et l'attitude et l'éducation de la famille [49]. Dans des communautés fermées, comme celles des migrants, l'acceptation d'un service public ou d'une aide spécifique dépend en général des aspects normatifs culturels. S'il n'existe pas de convergence entre les repères cultu-

Tableau 1

Prodromes les plus souvent cités dans les études sur les premiers épisodes (selon ordre décroissant de fréquence) [9]:

- concentration et attention réduites
- spontanéité et motivation réduites, anergie
- humeur dépressive
- troubles du sommeil
- peur
- retrait social
- méfiance
- rôles sociaux déficitaires
- irritabilité

Tableau 2

Facteurs de risque dans les antécédents familiaux et personnels:

- Proche du 1^{er} degré avec trouble psychotique ou personnalité schizotypique.
- Complications obstétriques.
- Facteurs de risque liés au développement infantin: développement motrice tardif, difficultés de la parole, jeu solitaire de l'enfant, anxiété prononcée dans situations sociales, moins confiant qu'autres adolescents.
- Trouble de l'attention soutenue.
- Formation non-terminée.
- Comportement suicidaire dans l'adolescence.

rels et le type d'aide proposée, le recours est alors souvent recherché au sein de la communauté culturelle alors par des moyens alternatifs [47].

Les résultats de la «Northwick Park Study» [42] et de la «Royal Park Study» [43] montrent également que le seuil à franchir pour entamer une première démarche thérapeutique est souvent perçu comme trop élevé par les patients pour pouvoir être envisagé. La formation continue des médecins généraliste constitue une étape nécessaire en vue de baisser ce seuil et donc de rendre possible une prévention secondaire précoce. Dans le cas idéal, l'offre des spécialistes devrait dépasser la formation continue et mener à un échange continu. Dans cette perspective, deux grands groupes internationaux, l'un à Melbourne [50], l'autre à Stavanger, Norvège [51, 52], ont créé des équipes mobiles qui évaluent les patients «sur place», auprès du médecin traitant. A Melbourne, ce service mobile fait partie du «Early Psychosis Prevention and Intervention Centre» (EPPIC) [53] et il est disponible 24 heures sur 24. Ce type de service rend possible un contact psychiatrique dans un milieu non stigmatisant et la collaboration entre psychiatrie et médecine générale. De cette manière, des longues procédures d'attente pour une évaluation par un spécialiste peuvent être évitées. Les groupes mis en place à Melbourne et à Stavanger interviennent également dans les écoles et au domicile chez des patients [50, 51]. Ceci permet d'atteindre des patients à risque ou déjà psychotiques qui n'initient pas d'eux-mêmes

une prise de contact. A Melbourne [54] ainsi qu'à Stavanger [52], il a pu être montré que malgré les dépenses engagées d'une part, pour la divulgation de l'information dans les médias (affiches, annonces, télévision, radio, cinéma, brochures tous ménages) et d'autre part, pour l'extension du service ambulatoire, une diminution des coûts économiques du traitement de la maladie était obtenue. L'aspect économique ne peut pas être négligé: la schizophrénie fait partie des maladies les plus coûteuses [55, 56]. Dans le «TIPS project» en Norvège, les moyens mis en œuvre ont contribué à diminuer la DPNT de 114 à 17 semaines [57].

Discussion et perspectives

Les psychoses schizophréniques engendrent pour les patients et leur familles une souffrance incommensurable et elles font partie des maladies les plus coûteuses [56]. Même si ce n'est pas encore prouvé qu'une diminution de la DPNT mène à une évolution plus favorable de la maladie à long terme [58–60], la plupart des résultats soulignent le rôle favorable d'une prévention précoce [61, 62]. Des prodromes n'aboutissent pas nécessairement aboutir à une psychose manifeste. Si des prodromes sont suspectés, une évaluation exacte dans un milieu ni stigmatisant ni traumatisant est indispensable. Grâce à leur position centrale, les médecins généraliste jouent un rôle crucial. Nous recommandons l'évaluation selon le tableau 1. Un tableau clinique souvent rencontré est l'ensemble discrétant de symptômes non spécifiques accompagné d'une nette baisse de compétences sociales sur plusieurs mois. Ces résultats ont été soulignés dans les études de Yung et al. [17] et Cornblatt et al. [18]. Des comportements normatifs du développement de l'adolescent ou du jeune adulte ne durent guère plusieurs mois. Lors des premières phases, des déficits cognitifs sont présents. Une observation du patient en plusieurs séances contribue à établir une base de confiance et à considérer les aspects phénoménologiques qui peuvent d'une part, corroborer le diagnostic d'une psychose débutante et d'autre part, permettre d'attribuer les prodromes manifestés à un «terrain» éventuellement déjà prépsychotique [12]. Si l'on soupçonne une entrée dans la psychose, nous recommandons de faire appel à un spécialiste pour une évaluation approfondie.

Le «Swiss Early Psychosis Project» (SWEPP), un réseau national créé en 1999, a comme but principal la prévention des psychoses schizophréniques [44]. Afin d'atteindre les nombreux jeunes patients à risque ou déjà psychotiques, la prévention doit s'élargir au-delà de la formation de certains groupes professionnels. Les prises en soins mises en place à Melbourne [50] et à Stavanger [51] ont montré les bénéfices d'une extension du service ambulatoire par le biais des services mobiles intervenant «sur place» dans les cabinets des médecins traitants, dans les écoles ou au domicile des patients, ainsi par le biais de la sensibilisation publique [63].

Remerciements:

La traduction de ce manuscrit de sa version originale en allemand en langue française a été révisée par Mme Véronique Giacomini, psychologue FSP, HUG, Genève.

Références

- Ciampi L, Müller CH. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin-Heidelberg-New York: Springer; 1976.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset of early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:80-6.
- Asarnow JR. Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophr Bull* 1988;14:613-31.
- Simon AE, Berger GE, Merlo MCG, Ferrero F. Diagnose und Behandlung schizophrener Erkrankungen. Teil I: Die Bedeutung der Früherkennung. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80(32/33):1973-5.
- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999;46:899-907.
- Philips L, McGorry P, Yung A, Francey S, Cosgrave L, Germano D, et al. The development of preventive interventions for early psychosis: early findings and directions for the future. *Schizophr Res* 1999;36:331-2.
- Cornblatt B, Obuchowski M, Ditkowsky K, Singer A, Malhotra A, Becker J, et al. The hillside RAPP clinic: a research/early intervention center for the schizophrenia prodrome. *Schizophr Res* 1999;36:358.
- Malla AK, Norman MG. Prodromal symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994;164:487-93.
- Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualisations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
- Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:396-404.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Simon AE, Ferrero F, Merlo MCG. Prodromes of first-episode psychosis: how can we challenge non-specificity? *Compr Psychiatry* 2001; in press.
- McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophr Res* 2000;42:91-100.
- Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophr Bull* 1991; 17:51-67.
- Venables PH, Rector NA. The content and structure of schizotypy. *Schizophr Bull* 2000;26:587-602.
- Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) survey. *Schizophr Res* 2000;44:1-10.
- Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD. Prediction of psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl.33):14-20.
- Cornblatt B, Obuchowsky M, Schnur D, O'Brien D. Hillside study of risk and early detection in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl.33):26-32.
- Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull* 1999; 25:309-320.
- Pantelis C, Nelson H, Barnes TRE. Schizophrenia: a neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
- Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Beaussier JP. The association of neuropsychological deficits to clinical symptoms in first-admission subjects with psychotic disorders. *Schizophr Res* 1999;37:198-201.
- Süllwold L. Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 13. Berlin: Springer; 1977.
- Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychosis: the New York High-risk Project. *Am J Psychiatry* 2000;157(9):1416-22.
- Cornblatt B, Obuchowsky M, Roberts P, Pollack S, Erlenmeyer-Kimling L. Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Dev Psychopathol* 1999;11:487-508.
- Velakoulis D, Pantelis C, McGorry PD, Dudgeon P, Brewer W, Cook M, et al. Hippocampal volume in first-episode psychosis and chronic schizophrenia: A high-resolution magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:133-41.
- Copolov D, Velakoulis D, McGorry PD, Mallard C, Yung A, Rees S, et al. Neurobiological findings in early phase schizophrenia. *Brain Res Rev* 2000;31:157-65.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1958.
- Seywert F, Célis-Gennart C. La transformation du champ de l'expérience dans la schizophrénie: l'«analyse structurelle» de Klaus Conrad. *Evol Psychiatr* 1999;64:101-11.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1913.
- Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-63.
- Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:217-32.
- Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(suppl 395):20-9.
- Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phase of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1998;6:97-106.
- Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. London: John Libbey & Company Ltd.; 1998.
- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994;344:1398-402.
- Bearden CE, Rosso IM, Hollister JM, Sanchez LE, Hadley T, Cannon TD. A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:395-410.
- Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1041-50.
- Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, van der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-18.
- Berger GE, Simon AE, Merlo MCG, Ferrero F. Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen. Teil II: Diagnose. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80(32/33): 1976-8.
- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172 (suppl 33): 53-9.
- Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, et al. The Northwick Park Study of first episode schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986;148:115-20.
- Lincoln C, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathways. *Br J Psychiatry* 1998;172(suppl 33):21-5.
- Simon AE, Berger GE, Merlo MCG. The Swiss Early Psychosis Project: a new nationwide network. Poster presentation 2nd International Conference on Early Psychosis, New York 31/3-2/4/2000.

- 45 Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JMJ, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
- 46 Lincoln CV, McGorry PD. Who cares? Pathways to psychiatric care in early psychosis. *Psychiatr Serv* 1995;46:1166-71.
- 47 Harrison G, Holton A, Neilson D. Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors. *Psychol Med* 1989;19:683-96.
- 48 Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-36.
- 49 Boldero J, Fallon B. Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *J Adolesc* 1995;18:193-209.
- 50 Yung AR, Phillips LJ, Drew LT. Promoting access to care in early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ (eds.). *The recognition and management in early psychosis: a preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 51-114.
- 51 Johannessen JO. Early intervention and prevention in schizophrenia. Experiences from a study in Stavanger, Norway. *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatr Neurol Jap)* 1998;100:511-22.
- 52 Larsen TK. Persönliche Mitteilung.
- 53 McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
- 54 Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:47-55.
- 55 Moscarelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 382):84-8.
- 56 Rund RB. Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:120-5.
- 57 Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T. Duration of untreated psychosis: an important target for intervention in schizophrenia? *Nord J Psychiatry* 1999;53:275-83.
- 58 Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Lavelle J, Galambos N. Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *Am J Psychiatry* 2000;157:60-6.
- 59 Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808-815.
- 60 Barnes TRE, Hutton SB, Chapman MJ, Mutsatsa S, Puri BK, Joyce EM. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry* 2000;177:207-11.
- 61 Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000;45:1-9.
- 62 Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2000;44:145-50.
- 63 Simon AE. Les jeunes psychotiques sans suivi: leur avenir intéresse-t-il les psychiatres? *Cah Psychiatr Genève* 2001 (in press).