

Schizophrenie-Früherkennung – eine gute Sache?

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbetroffene, liebe anwesende Zuhörende, ich freue mich total, dass ich heute zu Ihnen sprechen kann.

Es ist mir Ehre und Freude, das Eröffnungsreferat für den diesjährigen Selbsthilfetag von NetzG zu übernehmen.

Für alle, die mich noch nicht kennen, möchte ich mich kurz vorstellen:

Ich heiße Brigitte Richter.

Ich bin psychoseerfahren. Ich habe lange unter schizoaffektiven Psychosen gelitten.

In der Selbsthilfe arbeite ich seit über 30 Jahren ehrenamtlich mit und ich bin Gründungsmitglied von NetzG.

Ich war viele Jahre Vorsitzende des relativ kleinen, aber ziemlich selbständigen Nürnberger Selbsthilfevereins Psychiatrie-Erfahrener mit dem aussagekräftigen Namen „Pandora“ SH PE e. V.. Derzeit arbeite ich im verdienten „Unruhestand“ als dessen Außenbeauftragte.

Pandora versteht sich von Anfang an als nicht antipsychiatrisch, sondern *konstruktiv psychiatrie-kritisch*. Und genau das werde ich heute auch sein. Was Sie von mir hören werden, ist aber auch meine ganz persönliche Meinung.

Vielleicht können Sie mit dem Titel meines Referates noch nicht viel anfangen. Sie vermuten richtig, dass es etwas mit Prävention zu tun haben muss wie der ganze Selbsthilfetag.

Tatsächlich geht es um eine Gruppe von nur mit 1 – 2% recht wenig in der Bevölkerung verbreiteten, wenn auch schweren psychischen Erkrankungen, die Gruppe der Schizophrenien, und da konkret nur um junge, möglicherweise von Schizophrenie gefährdete Menschen. Und es geht um die spannende Frage, ob Schizophrenien mit präventiven Maßnahmen am Ausbrechen gehindert werden können oder zumindest leichter behandelbar sind.

Ich werde als Erfahrungsexpertin Partei ergreifen für eine möglichst wenig therapeutisch gestörte bzw. zerstörte Entwicklung von Jugendlichen und viele kritische Fragen stellen zu einer offenbar weit verbreiteten Praxis präventiven therapeutischen Eingreifens, der Früherkennung und -behandlung von Psychosen bei Jugendlichen als einem für mich etwas exotischem Aspekt von Prävention.

Was Sie im Einzelnen erwartet:

- Da ich hier als Erfahrungsexpertin spreche, die noch *vor* der Zeit von Früherkennung krank und wieder gesund wurde, werde ich meine eigenen Erfahrungen aus dem zeitlichen Abstand meiner 73 Lebensjahre mit in dieses Referat einbringen.
- Ich möchte Ihnen die seit 1999 im „Kompetenznetz Schizophrenie“ zusammengeschlossenen Früherkennungszentren und ihre Angebote kurz vorstellen.
- Ich habe Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg zum aktuellen Stand der Schizophrenie-Früherkennung befragt und Ihnen seine Antworten mitgebracht.
- Meine eigenen kritischen Fragen und Zweifel zur Früherkennung von Schizophrenien werden folgen.
- Im Anschluss daran werde ich ethische Probleme formulieren
- und schließlich nach Alternativen suchen.

Prävention ist eine gute Sache. Das sind wir uns doch alle einig. Denn Vorbeugen ist besser als Heilen. Ist das immer so?

Um meine Position zu diesem Thema verständlich zu machen, will ich mit meiner eigenen Erfahrung beginnen:

Ich habe ab 1975, von meinem 25. Lebensjahr an, acht Jahre lang viele Psychosen durchlebt und bin danach wieder mit Hilfe eines fähigen Arztes gesund geworden.

Auch ich hatte im Alter von ca. 15 Jahren meine ersten Beziehungsideen und war des Öfteren von Dingen unverrückbar überzeugt, selbst wenn die Realität eine ganz andere war. Aber ich habe das niemandem erzählt und es ging wieder vorüber. Es fiel auch nicht weiter auf, weil ich ohnehin als Dickschädel galt und meine schulischen Leistungen recht ansehnlich waren. Mir selbst bewusst wurden meine damaligen Zustände erst wieder, als ich viel später etwas über Früherkennung von Schizophrenie hörte.

Wenn ich davon ausgehe, dass ich im Alter von 15 Jahren „früherkannt“ worden wäre und zusätzlich davon, meine Eltern hätten einer präventiven Behandlung zugestimmt – was sie auf keinen Fall getan hätten, weil das 3. Reich noch zu sehr in ihren Köpfen steckte – dann hätte ich zehn Jahre meines Lebens, gedämpft durch Medikamente und möglicherweise unter verhaltenstherapeutischer Therapie unter dem Damoklesschwert gelebt, eine fürchterliche Krankheit in mir zu tragen, die dann irgendwann ausbrechen würde. Welch eine Belastung!

Tatsächlich hatte ich in diesen zehn Jahren wirklich gute Zeiten, konnte mich verlieben, lieben, mich ausprobieren, heiraten, studieren, gelegentlich über die Stränge schlagen, eigene Erfolge genießen, trotz aller frühkindlichen Hypothek und meiner seltsamen jugendlichen Ideen einfach mein Leben unbeschwert leben - Lebensqualität haben. Erst im Nachhinein wurde mir bewusst, dass diese 10 Jahre, in denen ich ein gutes, lebendiges Leben führen konnte, ein Geschenk waren.

Ab 1975 hatte ich die meisten Medikamente nur mit üblen NW überstanden. Klagte ich über Antriebslosigkeit, bekam ich eben noch einen zusätzlichen Aufheller. Nur Leponex war für mich erträglich. Als es kurzfristig wegen Verdachts auf Blutkrebs vom Markt genommen wurde, kam ich in den körperlichen Entzug. Die propagiert nebenwirkungsärmeren neuen Neuroleptika habe ich dann nicht mehr bekommen. Da brauchte ich keine Psychopharmaka mehr – bis heute.

Inzwischen ist viel Zeit vergangen. Doch weiter gilt eine Schizophrenie als eine sehr schwere psychische Erkrankung. Weiter werden schizophrene erkrankte Menschen stigmatisiert, stigmatisieren sich selbst, halten sich für minderwertig, können ihre Gaben nicht nutzen, ihr Leben nicht leben. Eine Heilung von langjährig Schizophrenen wird von Ärzten so gut wie nie attestiert.

Ich hatte, seit ich von der Früherkennung von Schizophrenien erfahren hatte, diese zunächst mit Misstrauen verfolgt, sie schlicht gruselig gefunden, dann aus den Augen verloren und eigentlich erwartet, dass sie längst als veraltet vom Tisch sei. Umso erstaunter war ich, als ich im Internet von ca. 25 Früherkennungszentren in Deutschland las¹, die sich 1999 im „Kompetenznetz Schizophrenie“² zusammengeschlossen haben. Und wenn ich das recht sehe, ist Schizophrenie-Früherkennung inzwischen bereits leitlinienfähig (S3-LL Psychosoziale Therapien). Dazu habe ich viele Fragen.

Aber sehen wir uns zunächst an, was diese Zentren aktuell anbieten:

Beispiel: Beim Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ)³ Köln habe ich im Internet gefunden (Kursivschreibung von der Autorin):

„Um Störungen der seelischen Gesundheit und ihre möglichen Folgen *erfolgreich beherrschen zu können*, ist eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung wichtig.

Darüber hinaus ist es ein wichtiges Ziel, bereits ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer psychischen Störung zu erkennen sowie geeignete Maßnahmen zu entwickeln und anzubieten, um eine solche *Störung verhindern (Prävention)* oder doch zumindest den Verlauf günstig beeinflussen zu können. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychosen, *für die eine solche Früherkennung* von Risikoanzeichen und Symptomen einer beginnenden Störung *inzwischen in entsprechenden Zentren gezielt möglich ist...*

Ziele des FETZ:

- Die seelische Gesundheit junger Erwachsener erhalten
- Rechtzeitig die Frühzeichen einer psychischen Störung oder eines erhöhten Risikos erkennen
- Rechtzeitig erforderliche Hilfe anbieten
- Aufklärung über psychische Störungen und ihre Prävention“

Dafür gibt es einen Fragebogen, der Hinweise auf seelische Probleme erfassen soll und zu Hause ausgefüllt werden kann. Weil es aber durchaus vorkommen könne, dass der Fragebogen missverstanden werden könnte, bedürfe es im Nachhinein ausführlicher Gespräche mit den hierfür geschulten Experten des FETZ.

Viele Früherkennungszentren bieten eine vielfältige, ausführliche Diagnostik an. Beim Lesen der verschiedenen Internet-Früherkennungs-Angebote, gelang es mir jedoch nicht immer zu unterscheiden, ob sie sich auf das Risiko beziehen, das Jugendliche haben könnten, später schizophren zu erkranken oder ob es sich um eine *Frühbehandlung* sich bereits manifestierender Psychosen handelt

Für den ersteren Fall fragte ich mich außerdem, wie sicher denn bis 2023 die Prognosen geworden sind.

Ich habe deshalb Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, den Leiter des Zentral-Instituts Mannheim und aktuellen Präsidenten der DGPPN im März 2023 anlässlich des Trialogischen Forums der DGPPN gefragt. Das Zentralinstitut Mannheim war Vorreiter bei der Schizophrenie-Früherkennung.

Ich wollte wissen

- wie gezielt bzw. sicher die Früherkennung von Schizophrenien aktuell möglich ist
- ob und wie sich die neuen digitalen Möglichkeiten darauf auswirken - auch angesichts der zukünftigen Forschung des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG)
- welchen Nutzen Betroffene durch die Früherkennung haben

Seine Antworten waren:

- Schizophrenie im einzelnen Menschen vorhersagen oder kausal erklären zu können, gelingt der Forschung nicht.
- Wir können bei Patienten im Prodromalstadium mit etwa 66 - 75% einen guten oder schlechten Verlauf richtig vorhersagen. Neue digitale Methoden besonders im sog. Maschinellen Lernen haben die Vorhersagequote um je 10% angehoben. Natürlich schreitet dieses Feld rasch voran und wir hoffen, dass die Forschung auch im DZPG das noch einmal deutlich verbessert.
- Man kann schon vor Beginn der Psychose (im Wesentlichen psychosozialpsychotherapeutische) Interventionen machen und auch Frühwarnzeichen besprechen. Das ist wichtig, da ein guter Verlauf sehr stark davon abhängt, dass zwischen dem Auftreten psychotischer Symptome und dem Beginn der Therapie keine Zeit verloren geht.

Die hoffnungsvollen Antworten Prof. Meyer-Lindenbergs auf meine Fragen haben mich jedoch *nicht* überzeugt. Ich kann allerdings nur das Erfahrungswissen eines Mannes aus einem unserer Psychoseseminare dagegen halten. Er bedauerte es zutiefst, sich als Jugendlicher auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingelassen zu haben. Vielleicht wäre er ohne sie ein „schräger“ Erwachsener geworden. Jetzt jedoch müsse er ein Leben lang das Etikett eines psychisch Kranken mit sich herumtragen.

Im Folgenden schließe ich Frühbehandlung für sich bereits manifestierende Psychosen aus. Es ist wohl klar, dass eine Psychose möglichst früh behandelt werden sollte, auch wenn sich die Ärzte über die Behandlungsstrategien oft nicht einig sind.

Für Jugendliche in einer Prodromalphase mit Symptomen, die zwischenzeitlich wieder verschwinden, frage ich dennoch weiter:

- Wissen wir tatsächlich, was die wirklichen Auslöser waren, wenn eine Psychose ausgebrochen ist?
- Wer hat Interesse daran, viele Jahre die natürliche Entwicklung Jugendlicher zu stören, indem sie bereits als (potenziell) schizophrene *Patient*innen* betrachtet und *medizinisch behandelt* werden? Unspezifische Symptome wie Rückzug, Schulverdrossenheit oder Leistungsabfall, selbst Beziehungsideen können in der Pubertät auch ganz andere Ursachen haben.
- Was macht das mit Jugendlichen, wenn sie zu Zielpersonen der Früherkennung werden und wenn andere es mitbekommen (Stigmatisierung durch die Peer-Group, durch Nachbarn)?
- Wie sollen sie mit der Angst umgehen, möglicherweise schizophren zu erkranken?
- Kann Früherkennung selbst zum Auslöser einer Psychose werden, weil die Angst vor einer Psychose „das innere Fass“ noch vollständig zum Überlaufen bringt?
- Sollen die Betroffenen zu einer „vorausseilenden Krankheitseinsicht“ gebracht werden, um sich dann williger behandeln zu lassen?
- Hat die Pharmaindustrie Interesse daran, weil sie damit u. U. einen weiteren Absatzmarkt findet?
- Ist Schizophrenie-Früherkennung ein so lukratives Geschäft?
- Sind es die Forschenden selbst, die ohne ethische Rücksichten auf ihre „Forschungsobjekte“ ihren Forscherdrang ausleben? Ich verstehe sehr gut, dass Schizophrenien ein faszinierendes Forschungsgebiet sind. Das erklärt vieles, rechtfertigt aber nichts.
- Wie gehen die Forschenden mit der oft mangelhaften Bereitschaft der pubertierenden Betroffenen zu jahrelanger Mitarbeit um?

Ich kann mir nicht vorstellen, dass es leicht ist, in einer Familie zusammenzuleben, wenn ein Familienmitglied unter dem „Verdacht“ steht, in ein paar Jahren psychotisch zu erkranken. Ständig steht das verhängnisvolle Thema unausgesprochen im Raum. Die „Gesunden“, die sich sorgen, werden „Verdächtige“ stets auf Indizien hin beobachten. Das jugendliche, potenziell schizophrene Familienmitglied wird sich umgekehrt ständig unter Beobachtung fühlen und sich auch ständig ängstlich selbst beobachten und hinterfragen, ob das, was es denkt und fühlt, normal ist.

Wie schlimm muss das erst sein, falls u. U. ohnehin ein gereiztes Familienklima herrscht, was im Zusammenleben mit pubertierenden Jugendlichen durchaus nicht unüblich ist. Ich stelle mir das ätzend vor.

Wie belastend muss es für die ganze Familie sein, ständig unter dem Damoklesschwert „Schizophrenie“ zu leben? *Befördern* solche Situationen nicht erst den Ausbruch der vermuteten Psychose als selffulfilling prophecy?

Oder haben moderne Eltern gegenüber Kinder- und Jugendpsychiatrien inzwischen keine Vorurteile mehr? Habe ich, die Kinderlose, nur verpasst, das zur Kenntnis zu nehmen? Sehen Eltern ihre Kinder jetzt lieber als früher oder sogar gerne als Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?

Vor 20 Jahren gab es sogar Pläne, Lehrer*innen in den Schulen mit einzubeziehen, die nach „entsprechend auffälligen Schülern*inne“ Ausschau halten sollten – ein typischer Fall für: „Gut gemeint ist das Gegenteil von gut gemacht.“ Denn selbstverständlich ist es ein ehrenwertes Ziel, schwerwiegende chronische Verläufe von Schizophrenien verhindern zu wollen mit all dem Leid, das sie für Betroffene wie ihre Angehörigen verursachen. Aber welches (zusätzliche, unnötige) Leid verursachen die Methoden der Früherkennung?

Gesetzt den theoretischen Fall, Sie haben 10 Jugendliche, denen Sie gemäß Ihrer Früherkennungsmethoden begründet mitteilen können, sie hätten ein erhöhtes Psychoserisiko.

Bei acht von ihnen bricht tatsächlich eine schizophrene Psychose trotz aller Früherkennung und/oder Vorbehandlung aus. Was haben *die* dann gewonnen außer jahrelanger ängstlicher Beschäftigung mit einer Erkrankung, die ausbrechen könnte, mit evtl. Stigmatisierung in der Schule, durch die Peer-Group sowie der möglicherweise damit einhergehenden Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität unter prophylaktischer Behandlung?

Und was ist mit den beiden anderen, die nicht krank werden? War es dann eine *falsch-positive* Prognose gewesen? Wären sie *auch ohne* Präventionsmethoden gesund geblieben? Sie haben vielleicht viele Jahre Neuroleptika mitsamt ihren Nebenwirkungen grundlos eingenommen - denn auch atypische Neuroleptika können üble Nebenwirkungen haben. Entschuldigen sich die Behandler*innen dann bei ihnen oder führen Sie das Nicht-Ausbrechen stolz auf ihre präventiven Interventionen zurück?

„Wer nicht heilen kann, soll nicht verwunden“

Ich empfehle jedem, der weitere sachliche Argumente gegen diese Art *vorverlegter Risikobekämpfung* sucht, den gleichnamigen Artikel von Peter Stolz in: *soziale psychiatrie* 1/2006⁴. Das ist zugegebenermaßen ein alter Artikel. Es hat sich seitdem viel geändert, leider aber nicht die Vorbehalte gegen schizophren erkrankte Menschen.

Peter Stolz nennt dort 10 ethische WHO-Entscheidungskriterien über die Angemessenheit von Präventionsprogrammen, u. a.:

- Der natürliche Verlauf der Bedingungen (von der ersten latenten Phase bis zur manifesten Erkrankung) sollte klar verstanden worden sein.
- Die Erkrankung muss eine *identifizierbare Frühphase* haben.
- Es muss einen *geeigneten Test* für die Entdeckung der Frühphase der Erkrankung geben.
- Das *Risiko* eines mit der Früherkennung verbundenen physischen oder psychischen *Schadens* sollte erwiesenermaßen *geringer sein als der Nutzen*.

Sind diese Kriterien bei der Schizophrenie-Früherkennung erfüllt? Ich glaube nicht!

Die Frage der Früherkennung von Schizophrenien ist auch und vor allem eine Frage der Ethik, wie das für jede Forschung allgemein gilt. Auch Prävention (in diesem Fall *sekundäre bzw. selektive* Prävention) muss ethischen Grundsätzen genügen. Es ist jedoch *unmöglich zu messen*, was Prävention *verhindert*, eben weil es *nicht* stattfindet! Was nützen denn „Wahrscheinlichkeiten des Übergangs in eine Psychose“, in Prozenten ausgedrückt, dem Einzelnen? Genau deswegen ist sehr große Vorsicht geboten. Manche Dinge sind überhaupt nicht messbar, sondern können nur beobachtet werden. Und von dem, was man beobachtet hat, kann man nicht wissen, weshalb es so geworden war, wie man es beobachten konnte - wobei nicht einmal sicher ist, dass ein anderer bei derselben Sache nicht etwas anderes beobachtet hätte.

Ohne ethische Grundlage schadet Frühprävention den Betroffenen m. E. mehr als in Ruhe abzuwarten, ob sich überhaupt eine Schizophrenie entwickelt. Ich bin subjektiv überzeugt, dass das Wechselspiel mit dem sozialen Umfeld einen viel größeren Einfluss darauf hat als in der Jugend erhobene, mögliche Risiken. Ich bin ebenfalls überzeugt, dass selbst bei einer evtl. Anlage für die Ausbildung einer Psychose diese bei entsprechend positiver Entwicklung in einer entspannten sozialen Umgebung *nicht* notwendigerweise zum Ausbruch kommen muss. Belegen oder beweisen, was in Zukunft geschieht, kann ich nicht.

Dass eine manifeste Psychose später leichter zu behandeln ist, wenn im Vorfeld bereits Behandlung stattgefunden hat, bezweifle ich, zumal Jürgen Zink in seinem aktuellen Artikel „Therapie des sozialen Raums...“ (2023)⁵ auf neuere Studien verweist, wonach neben zu hohen Psychopharmakadosierungen auch *Langzeitbehandlungen* zu weiteren – ärztlich verursachten - Krankheiten und zu größerer Dünnhäutigkeit und vermehrten Rückfällen/Wiedererkrankungen führen.

Die Angst vor Chronifizierung ist natürlich verständlich. Aber Angehörigen damit Angst zu machen, um Früherkennungsbereitschaft zu generieren, halte ich für unfair. Bei mir haben acht Jahre trotz immer neuer Psychosen unter intermittierender Neuroleptikagabe nämlich nicht dazu geführt.

Theorien zur Chronifizierung gibt es zahlreiche. Luc Ciompi hat sie seit spätestens 1989 als Artefakt bezeichnet⁶. Für ihn gibt es prinzipiell keine zwingend chronischen Psychosen, sondern soziale Faktoren stellen die Weichen für Chronifizierung. Darüber nachzudenken lohnt sich.

Fazit:

Meiner Meinung nach schadet Früherkennung den Betroffenen mehr als sie nutzt. Sie adressiert vor allem die Sorge der Angehörigen um ihre Kinder. Sie führt nur zu Angst, ständiger Kontrolle und dauerhafter Abhängigkeit der Jugendlichen von einer lebensbeherrschenden Psychiatrie.

Alternativen?

Ich plädiere dafür, Jugendlichen in schwierigen Phasen individuelle Hilfen (z. B. Lernhilfen) und Unterstützung anzubieten, mit deren Hilfe sie diese Zeiten selbst überwinden können, anstatt sie vorschnell in die stigmatisierende Diagnose-Schublade „Schizophrenie“ zu stecken. Vielleicht könnte man ja auch Z-Diagnosen verwenden für Befindlichkeiten auf dem Kontinuum „zwischen Krankheit und gesunden Leidenszuständen“.

Wäre es nicht viel sinnvoller, Jugendliche, die selbst oder deren Eltern wegen Auffälligkeiten wie Leistungsabfall, sozialen Rückzug etc. um Beratung nachsuchen, ohne einen voreiligen Verdacht auf Schizophrenie und ohne detektivische Suche nach spezifischen Prä-Schizophrenie-Symptomen unspezifisch und ergebnisoffen unterstützend und vertrauensbildend zu beraten und ohne Angabe von „Ursachen“

therapeutisch einzugreifen? Auffälliges Verhalten in der Pubertät kann viele Gründe haben – insbesondere auch soziale!

Sinnvoll wäre es oft auch, die ganze Familie mit einzubeziehen, wenn beide, Familie wie Betroffene, das zulassen.

Auch eine für die Krankenkassen passende Bezeichnung dafür ließe sich sicher finden. Wie wäre es mit „Stabilisierungsprävention“ oder „Resilienztraining“ (im Sinne von *Primärprävention*)? Methoden und Interventionen aus den Früherkennungsprogrammen könnten ja angewandt werden, wo sie erprobt sinnvoll sind. Manchmal könnte auch Erziehungsberatung durchaus reichen.

Wenn es sich später herausstellt, dass es sich tatsächlich um Vorboten einer Schizophrenie gehandelt *hat*, wenn nämlich tatsächlich eine schizophrene Psychose ausgebrochen *ist*, ist immer noch Zeit, diese gezielt zu behandeln – aber dann bitte nicht nur mit Psychopharmaka, Psychoedukation und Verhaltenstherapie, sondern mindestens noch mit Sozio-, Ergo- und Bewegungstherapie, wenn nicht ein ganz anderer Ansatz wie z. B. eine Soteria-Station sinnvoller ist!

Gestatten Sie mir noch ein paar Bemerkungen zur Psychoedukation: „Psychoedukation“ ist für mich ein völlig leerer, neutraler Begriff. Psychoedukation ist nicht gleich Psychoedukation. Es kommt immer darauf an, mit *welchen Inhalten* sie gefüllt wird.

Biologistisch-medikamentös ausgerichtete Psychoedukation wie die gerne genutzte, von Pharmafirmen herausgegebene ist m. E. völlig fehl am Platz. Psychoedukation sollte recovery-orientiert sein und viel realistische Hoffnung auf Genesung enthalten. Das Fatale an *jeder* Psychoedukation ist ja, dass sie mit einprägsamen Schaubildern und Sätzen „Wissen“ vermittelt, das so gar nicht vorhanden ist. Denn *wie* Psychosen genau entstehen, ist aktuell wissenschaftlich immer noch nicht erforscht.

Glauben Sie mir: Es reicht vollständig, *erst dann* mit einer Schizophrenie leben zu müssen, wenn man sie wirklich hat.

Worte schaffen Realität. Das Wort „Schizophrenie“ sollte aber *nicht unnötig real* werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anmerkungen:

1) <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/schizophrenie/frueherkennung>

2) <http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/>

3) <https://psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/frueherkennungs-und-therapiezentrum-fetz/>

4 Stolz, P.: „Wer nicht heilen kann, soll nicht verwunden“ Nutzen und Risiken psychiatrischer Früherkennung, in: Soziale Psychiatrie 1/2006, S. 42 – 46

5) Zink, J.: Therapie des sozialen Raums Notwendiger Strategiewechsel in der psychiatrischen Versorgung, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1/2023 ;S. 41; (S. 39 – 43)

6) vgl. Ciompi, L.: Affektlogik Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung, ein Beitrag zur Schizophrenieforschung, 2. Auflage 1989, Stuttgart: Klett-Cotta, S, 312 – 317

Zur Referentin:

Brigitte Richter (Jahrgang 1950)

arbeitet aktuell als Außenbeauftragte von Pandora SH PE e. V. Nürnberg.