

„Selbstscreen-Prodrom“ - Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen

Kammermann, J., Stieglitz, R-D. und Riecher-Rössler, A.
Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel, Schweiz
(Klinikleitung: Riecher-Rössler, A.)

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler

Psychiatrische Poliklinik

Universitätsspital

Petersgraben 4

CH-4031 Basel

arieber@uhbs.ch

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Bedeutung der Früherkennung von Psychosen wurde in den letzten Jahren zunehmend erkannt. Ein Screening bezüglich einer beginnenden Erkrankung sollte sich v.a. auf hilfesuchende Personen beziehen und möglichst stufenweise erfolgen. Im Rahmen eines prospektiven Projekts zur **Früherkennung** von **Psychosen** (FePsy) haben wir deshalb ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Differenzierung zwischen Gesunden, Psychose-(risiko)-Patienten, Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen entwickelt.

Methode: Das „Selbstscreen-Prodrom“ wurde unter Berücksichtigung der wichtigsten aus der Literatur bekannten Risikofaktoren und frühen Anzeichen der Erkrankung entwickelt. Insbesondere wurden sog. Prodromalsymptome und präpsychotische Symptome erhoben. Ein Gesamtwert und eine Subskala wurden hinsichtlich Validität und Reliabilität überprüft.

Ergebnisse: Der „Selbstscreen-Prodrom“-Gesamtwert kann psychisch Erkrankte von Gesunden unterscheiden (Cut-off-Wert: ≥ 6 ; Sensitivität: 85%; Spezifität: 91%). Darüber hinaus kann mit einer Subskala eine Differenzierung zwischen Psychose-(risiko)-Patienten und Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen erfolgen (Cut-off-Wert: ≥ 2 ; Sensitivität: 85%; Spezifität: 39%).

Schlussfolgerung: Das „Selbstscreen-Prodrom“ ist ein nützliches Instrument, das a) psychisch Kranke von Gesunden unterscheidet und b) Personen mit Risiko für eine Psychose aus psychisch Kranken mit anderen psychiatrischen ICD-10 Diagnosen für ein weiteres Screening herausfiltert. Als nächster Schritt in der Früherkennung sollte bei den identifizierten Personen eine ausführliche psychiatrische Untersuchung folgen.

Schlüsselwörter: Früherkennung, Selbstbeurteilung, psychische Erkrankung, Psychose, Prodromalphase

“Self-screen Prodrome”- Self-rating for the early detection of mental disorders and psychoses

ABSTRACT

Objective: In the past years, the significance of early detection of psychoses has been increasingly recognized. Screening for the onset of disorders should focus on individuals seeking treatment in an outpatient setting and should preferably operate stepwise. Within a prospective study for the early detection of psychoses (FePsy = Früherkennung von Psychosen) the self-rating instrument “Self-screen Prodrome” was developed to differentiate between healthy individuals, individuals with psychosis or an at-risk mental state for psychosis and patients with other ICD-10 diagnoses.

Method: The “Self-screen Prodrome” was developed by taking established risk factors and early signs of disease into account. In particular, prodromes and pre-psychotic symptoms were captured. A total score and a subscale were analyzed with regard to validity and reliability.

Results: The total score “Self-screen Prodrome” distinguished between outpatients with a mental disorder and healthy individuals (Cut-off ≥ 6 ; sensitivity: 85%; specificity: 91%). Additionally the subscale distinguished between psychosis-(risk)-individuals and outpatients with other ICD-10 psychiatric diagnoses (Cut-off ≥ 2 ; sensitivity: 85%; specificity: 39%).

Conclusion: The “Self-screen Prodrome” is a useful instrument that a) separates mentally ill patients from healthy individuals and b) filters individuals with a risk of developing psychoses from patients with other ICD-10 diagnoses for further screening. The next step in the early detection of psychoses for identified individuals should be a detailed psychiatric exploration by experts.

Key words: Early detection, self-rating, mental disorder, psychosis, prodrome „at risk mental state“(ARMS)

EINLEITUNG

Screening ist bei Früherkennung von Psychosen zentral

Ein *wachsendes Interesse* in der Forschung und Praxis besteht darin, eine *beginnende schizophrene Psychose in einem frühen Stadium (Prodromal- Phase) zu erkennen*, um durch frühzeitige Interventionen möglichst den Verlauf dieser häufig chronifizierenden Erkrankung zu verbessern.

Eine schizophrene Psychose kündigt sich meist schon Jahre vor der ersten Episode, im sog. *Prodromalstadium*, durch eher unspezifische Anzeichen und Funktionsbeeinträchtigungen an. Prodrome sind konzeptionell definiert als Symptome, die der vollständigen Manifestation einer Krankheit vorangehen [1]. Häufig werden unspezifische Anzeichen wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen, Depression, Angst, Derealisations- und Depersonalisations-Erleben als Frühsymptome/Prodrome der Erkrankung genannt [2-5]. Schizophrene Erkrankungen haben *bereits oft schon in diesen unspezifischen Frühstadien schwere Folgen für die Patienten und ihre Angehörigen* [2], so können wichtige Entwicklungen nicht gemacht und soziale Rollen nicht erreicht werden [2, 6]. Eine Verzögerung der Diagnose und Behandlung ist mit einer schlechteren Langzeitprognose, höheren Gesamtbehandlungskosten und deutlich erhöhten Risiken für Depression, Suizid, Drogengebrauch und Delinquenz assoziiert. Eine frühe Behandlung scheint dagegen diese Kurz- und Langzeitfolgen deutlich zu vermindern [2, 7-11].

Bisherige Früherkennungsversuche beschränken sich weitgehend auf Fremdeinschätzungen von Individuen, die aufgrund eines fraglichen Psychose-Risikos in Früherkennungssprechstunden vorgestellt wurden oder sich selbst vorstellten. Erste Kriterien zur Fremdbeurteilung des Psychoserisikos, die sog. „At risk mental state“ (ARMS)–Kriterien, wurde 1998 von Young und McGorry [12] entwickelt. Young et al. [13], Klosterkötter et al. [14] und Riecher-Rössler et al. [15] haben diese übernommen und es zeigte sich, dass die Kriterien für eine Früherkennung nützlich sind.

Young et al. [13] beschrieben bei 34.6% der ARMS-Patienten eine Psychoseentwicklung innerhalb des ersten Jahres. In der Basler Studie zur Früherkennung von Psychosen, Fepsy [15], zeigten 32% der 50 Personen, die aufgrund fast identischer Kriterien als Risikopersonen anhand eines selbstentwickelten kurzen Fremdbeurteilungsinstrument „Basel Screening Instrument für Psychose“ (BSIP) [16] eingeschlossen wurden, nach 2-5 Jahren eine Psychose

Vermutlich wurden jedoch die meisten Personen mit Psychose-Risiko nie mit einem standardisierten Beurteilungsverfahren untersucht. Auch wurde nie untersucht, wie es zu einer ersten Risikoeinschätzung des Primärzuweisers oder des betreffenden Individuum selbst kommt oder wie diese erste Risikoeinschätzung verbessert werden kann.

Verbesserung der Früherkennung durch Selbstbeurteilung

Um alle Personen mit einem Psychose-Risiko oder einer beginnenden Psychose zu erfassen, wäre eine Untersuchung der Allgemeinbevölkerung notwendig. Gerade bei Erkrankungen wie der Schizophrenie mit einer vergleichsweise niedrigen jährlichen Inzidenz von ca. 1/10'000 wäre eine Befragung der Allgemeinbevölkerung durch Experten mit Fremdbeurteilungsverfahren oder strukturierten Interviews allerdings viel zu aufwändig.

Eine Möglichkeit ist, sich auf ein hilfesuchendes Klientel zu beschränken. Dies ist bei Patienten psychiatrischer Praxen zu vermuten, aber auch bei Patienten von Allgemeinarztpraxen, bei denen ebenfalls eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen mit 20-40% besteht [17]. Eine mögliche Alternative wäre hier der Einsatz von einfachen Selbstbeurteilungsverfahren als erste Stufe im Screeningprozess.

Die Früherkennung basierte bisher auf Fremdbeurteilungen. Diesen wurde in der Psychiatrie traditionsgemäß mehr Vertrauen geschenkt [18]. Gerade Personen mit einer psychotischen Störung zeigen z.T. nur geringe Einsicht in ihre Krankheit [19] und dies verleitet zur Annahme, dass jene Personen ihre Symptome nicht selbst berichten und einschätzen können. Liraud et al. [20] zeigten aber, dass sogar bei Patienten mit akuter psychotischer Störung unabhängig von der Krankheitseinsicht die selbstberichteten positiven, negativen und depressiven Symptome im Selbstbeurteilungsinstrument „Community Assessment of Psychotic Experiences“ (CAPE) [21, 22] mit den fremderfassten Symptomen weitgehend übereinstimmen. Ausnahme bildeten lediglich Verfolgungswahn und Sprachverarmung, d.h. Symptome, die der Selbstbeobachtung oder –bewertung nur bedingt zugänglich sind. Eine Befragung in der Allgemeinbevölkerung ergab mittels selbstberichteten Angaben eine Schätzung der Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie von 0.9% [18]. Es besteht also kaum Grund anzunehmen, dass bei Patienten mit einer schizophrenen Störung selbstberichtete Angaben wenig zuverlässig sind.

Für ein Selbstbeurteilungsinstrument spricht die vielfältige Anwendung in unterschiedlichen Kontexten. Jedoch wird bei einer Selbstbeurteilung in Kauf genommen, dass zu viele Personen sich fälschlicherweise als Risikopersonen einschätzen, d.h. es zeigen sich zu viele „falsch Positive“. Optimal wäre deshalb ein stufenweises Vorgehen, wie dieses von Riecher-Rössler et al. [15] [16] im Rahmen der Fepsy-Studie in Basel schon seit 1999 durchgeführt wird.

Stufenweises Screening

Das stufenweise Screening sollte in Allgemeinarztpraxen beginnen und gescreente Personen könnten dann an psychiatrische Praxen oder Polikliniken überwiesen werden. In den Hausarztpraxen ist ein Screening mit einem Selbstbeurteilungsverfahren sinnvoll. In den psychiatrischen Ambulanzen könnte zusätzlich eine Risikoeinschätzung aufgrund einer Fremdbeurteilung erfolgen (z.B. mit

unserem „BSIP“ Riecher-Rössler et al. [16]). In Früherkennungszentren erfolgt dann die differenzierte Fremdbeurteilung mit spezifischen Instrumenten und Kriterien. *Der Aufwand im Screeningprozess könnte so mit einem Selbstscreening reduziert werden und Personen mit einem Risiko würden früher erkannt, wobei sie den spezialisierten Institutionen direkt für weitere Beurteilungen zugewiesen werden.*

Ziel und Hypothesen:

Die Entwicklung des „Selbstscreen-Prodrom“ (vgl. Anhang), sowie erste Überprüfung von Reliabilität und Validität und seine Anwendungsmöglichkeiten werden berichtet. Insbesondere soll geprüft werden, ob der entwickelte „Selbstscreen-Prodrom“ als Screeninginstrument zur Früherkennung von Psychosen bei hilfesuchenden Personen in Allgemeinarztpraxen und/oder psychiatrischen Praxen und Polikliniken dienen kann. Weiter wird geprüft, ob mit einer *Subskala* Risikopersonen (ARMS) nach Young et al. [12] und Psychose-Ersterkrankte im Nachhinein identifiziert werden können. Zudem wird die Hypothese aufgestellt, dass ein Cut-off-Wert ermittelt wird, der auf notwendige weitere Schritte im Screeningprozess hinweist.

METHODE

Selbstscreen-Prodrom: Instrumentenentwicklung und -aufbau

Das Selbstbeurteilungsverfahren „Selbstscreen-Prodrom“ wurde innerhalb der FePsy-Studie entwickelt [vgl. 15]. Es umfasst 32 Items. Bei der Entwicklung wurden auf Basis umfangreicher Literaturrecherchen die häufigsten Prodromi, Frühwarnzeichen und Risikoindikatoren einer beginnenden Psychose berücksichtigt. Erfasst werden zum einen positive psychotische Symptome wie Beziehungsideen oder Erleben von Fremdbeeinträchtigungen, zum anderen neu aufgetretene unspezifische Symptome, z.B. Konzentrationsstörungen, erhöhte Sensibilität/Dünnhäutigkeit, depressive Verstimmung oder auch beginnende Veränderung der Wahrnehmung wie sie aus dem Prodromalstadium der Schizophrenie bekannt sind. Gleichzeitig wird erhoben, ob es in der letzten Zeit zur Verschlechterung bzgl. des Funktionsniveaus in verschiedenen sozialen Rollen kam, also ob ein sog. „Knick in der Lebenslinie“ vorliegt, der sich in der ABC Studie [25] als wichtiger Indikator einer beginnenden Psychose zeigte. Bei vulnerablen Personen kann der Konsum illegaler Substanzen eine Psychose auslösen oder er kann bei beginnenden Psychosen häufig als Bewältigungsverhalten dienen [26, 4]. Zusätzlich wurden die psychiatrischen Vorbehandlungen als Indikator einer beginnenden psychischen Störung erfasst [25]. Als unumstrittener Risikofaktor wird zudem das genetische Risiko erhoben [25].

Die Beantwortung des Bogens benötigt nur wenige Minuten und die Person gibt mit der dichotomen Antwortmöglichkeiten „trifft zu/trifft nicht zu“ an, ob diese Beschwerden bei ihr in den letzten fünf Jahren neu aufgetreten sind. Die Items 1-24

erfassen dabei die *psychopathologischen Veränderungen* mit unspezifischen, negativen und positiven Symptomen einer Psychose. Das *Funktionsniveau* im Bezug auf Arbeit, Ausbildung und Beziehung etc. wird mit den Items 25-29 erfragt. Items 30-31 plus eine Zusatzfrage (Item 32) erschliessen die möglichen Risikofaktoren einer Psychose, wie genetische Belastung oder Drogenkonsum.

Studiendesign und Setting

Der Einsatz des Selbstbeurteilungsverfahrens erfolgte im Rahmen der FePsy-Studie. Die Studie ist eine prospektive klinische Langzeitstudie, bei welcher Individuen mit einem Risiko für eine schizophrene Psychose identifiziert und über mindestens 5 Jahre im Hinblick auf eine tatsächliche psychotische Dekompensation untersucht werden [15]. Eine Übersicht zum Studiendesign der FePsy-Studie findet sich bei Riecher-Rössler et al. [2, 15]. Zudem wurde der „Selbstscreen-Prodrom“ von 2000-2004 im ambulanten klinischen Setting der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel bei konsekutiven Erstzuweisungen eingesetzt. Der Studiendurchführung wurde von der Ethikkommission beider Basel zugestimmt [15].

Stichproben

Insgesamt wurden N= 519 Patienten eingeschlossen. Einerseits wurden im Rahmen der prospektiven FePsy-Studie (N= 81) und andererseits wurden Patienten aus dem allgemeinen klinischen Setting der Psychiatrischen Poliklinik (N= 438) aufgenommen. Es wurden die Ausschlusskriterien der FePsy-Studie entsprechend Riecher-Rössler et al. [15] und entsprechende Altersgrenzen (≥ 18 Jahren, ≤ 60 Jahre) berücksichtigt.

I. Die Gruppe der *Psychose-(risiko)-Patienten* (N=57) setzte sich aus ARMS-Patienten (N=28), Psychose-Ersterkrankten (N=19) und Erstkontakt-Patienten (N=10) der Psychiatrischen Poliklinik mit Diagnosen aus dem Bereich F20 „Schizophrenie“ und F23 „akut vorübergehende psychotische Störung“ zusammen.

II. Die zweite Gruppe umfasste *gesunde Personen* (N= 24) als Vergleichsgruppe.

III. Die *Gruppe der Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen* (N=438) bestand aus sämtlichen ICD-10 Diagnosen mit Ausnahme von F2 („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“) und F32.3 bzw. F33.3 („schwere Episode mit psychotischen Symptomen“ bzw. „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen“).

Die Stichprobe wird in Abb. 1 dargestellt und Tab. 1 zeigt die *soziodemografischen Charakteristika*.

Hier: Abb.1 und Tab. 1

Statistische Analysen

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS- Version 15 berechnet. Zur Bestimmung der Dimensionalität der Skala wurden *Faktorenanalysen* gerechnet. Weiter wurde die Reliabilität der Skala überprüft. Es wurden für die einzelnen dichotomen Items paarweise Chi- Tests zu Gruppenunterschieden gerechnet.

Mittels *Kovarianzanalysen* wurden die Gruppenunterschiede geprüft (Kovariaten Alter und Geschlecht). Weiter wurden *post -hoc Tests korrigiert nach Bonferroni* durchgeführt. Für verschiedene Cut- off- Werte wurden Receiver Operating Characteristics (ROC)-Analysen [27] zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität berechnet.

ERGEBNISSE

Die Items der Skala sind eindimensional

Mittels der Faktorenanalyse konnte eine eindimensionale Skala des Gesamtwerts, ein Faktor mit Eigenwert 8.41, identifiziert werden. Er erklärte 26.3% der gesamten Varianz. 93.7% der 32 Items (30 von 32) zeigten eine Ladung (a) von $\geq .30$ auf diesen Faktor. Die Überprüfung mit der *Faktorenanalyse* zeigte, dass die Bildung eines Gesamtwerts zulässig ist, wobei zwei Ausnahmen für die weitere Berechnung miteinbezogen wurden, da diese klinisch wichtige Phänomene erfassten. Durch eine Addition der einzelnen 32 Items wurde ein Gesamtwert gebildet.

Über die Gruppen ergab sich ein Cronbach alpha von 0.90. Bei den Psychose-(risiko)-Patienten sowie bei Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen ergab sich ein Cronbach alpha von 0.89 und bei der gesunden Vergleichsgruppe von 0.75. Die Reliabilitäten des Gesamtwerts sind als hinreichend bis gut zu bewerten.

Mit der *Kovarianzanalyse* liessen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Gesamtwerts finden ($F(2)=35.71$, $p \leq .01$). Es zeigten sich weder Alterseffekte, noch Geschlechtseffekte ($F_{\text{Alter}}(1)=0.24$, $p=0.63$; $F_{\text{Geschlecht}}(1)=1.11$, $p=0.29$). Die *post- hoc t-Tests mit Bonferroni* zeigten, dass die Psychose-(risiko)-Patienten eine höhere Anzahl an Symptomen bei sich selbst beobachten als die gesunde Vergleichsgruppe ($p \leq 0.01$). Die Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen unterschieden sich nicht signifikant von den Psychose-(risiko)-Patienten ($p = 0.88$).

„Selbstscreen-Prodrom“-Gesamtwert differenziert zwischen Gesunden und psychisch Erkrankten

Es wurden ROC-Analysen für den Gesamtwert im Vergleich über die Gruppen analysiert. Abb. 2 zeigt, dass sich Gesunde von Psychose-(risiko)-Patienten und Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen unterscheiden liessen, d.h. die Differenzierung zu Gesunden gelang mit dem Gesamtwert gut. Beim Vergleich Psychose-(risiko)-Patienten zu Gesunden zeigte sich bei einem Cut-off-Wert von ≥ 6 eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 91%. Der Flächenwert lag bei 0.93

(95%-Konfidenzintervall von 0.87-0.99), d.h. die Vorhersagekraft dieses Tests war deutlich über 0.5, welcher gar keiner Vorhersagekraft entsprechen würde. Beim Vergleich von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen versus Gesunden zeigte sich bei einem Cut-off-Wert von ≥ 6 , dass diese sich mit einer Sensitivität von 87% und Spezifität von 81% abgrenzen liessen. Der Flächenwert lag bei 0.95 (95%-Konfidenzintervall von 0.92-0.96).

Hier: Abb.2

Für die Abgrenzung zwischen Psychose-(risiko)-Patienten und Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen konnte aufgrund des Gesamtwerts kein Cut-off-Wert gefunden werden. Die Symptome überlappen sich innerhalb der Gruppen zu stark.

Eine Subskala zeigt ein mögliches Psychose-Risiko auf

Beim Vergleich der *Psychose-(risiko)-Patienten mit Gesunden* liessen sich auf Einzelitemebene signifikante Unterschiede bezüglich fast aller Items beobachten. Sie gaben im Verhältnis zu Gesunden bei allen aufgeführten Symptomen signifikant häufiger an, dass diese in den letzten Jahren neu aufgetreten seien. Eine Ausnahme bildete lediglich Item 24 „*Aussage von Anderen, dass sich die Sprache verändert habe*“, $\chi^2(1)=0.78$, $p=0.38$. Dieses Symptom tritt insgesamt sehr selten auf bzw. wird zumindest von Patienten nicht bemerkt.

Beim Vergleich von *Psychose-(risiko)-Patienten mit Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen* zeigten sich dagegen nur bei 6 Einzelitems signifikante Unterschiede (Tab. 2). So berichteten Psychose-(risiko)-Patienten im Verhältnis zu Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen signifikant häufiger über „*depressive Verstimmung*“ (Item 10), „*geringere Belastbarkeit*“ (Item 15), „*Veränderung der Wahrnehmung*“ (Item 17), tendenziell häufiger „*Konzentrationsstörungen*“ (Item 13) und „*sich beobachtet, beeinträchtigt oder bedroht fühlen*“ (Item 19). Auch „*psychische Erkrankung in der Verwandtschaft*“ wurde signifikant häufiger von Psychose-(risiko)-Patienten als von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Item 32) angegeben.

Hier: Tab. 2

Auf der Basis von Analysen der Einzelitems wurden die letztgenannten sechs Items, die Psychose-(risiko)-Patienten von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen differenzieren konnten, zur Subskala „*Psychose-Risiko*“ zusammengefasst.

Die Kovarianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf dieser Subskala „*Psychose-Risiko*“ ($F(2)= 20.81$). Auch bei den Vergleichen Psychose-(risiko)-Patienten versus Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychose-(risiko)-Patienten versus Gesunde ergaben sich jeweils signifikante

Unterschiede ($p \leq 0.01$). Einen signifikanten Geschlechtereffekt gab es nicht ($F_{\text{Geschlecht}}(1) = 0.096$, $p = 0.76$).

Mit der Subskala „Psychose-Risiko“ gelang eine recht gute Differenzierung zwischen Psychose-(risiko)-Patienten und Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen. Bei einem Cut-off Wert von ≥ 2 ergab sich eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 39%. Die Differenzierung der Psychose-(risiko)-Patienten von Gesunden gelang wie zu erwarten noch besser (Sensitivität: 85% und Spezifität: 66%). Die Subskala scheint für diese Differenzierung besser geeignet zu sein als für die Unterscheidung von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen versus Gesunde (Tab. 3).

Hier: Tab. 3

DISKUSSION

Mit dem „Selbstscreen-Prodrom“ gelingt es durch die Selbstbeurteilung zum einen, psychisch Kranke von Gesunden zu unterscheiden, zum anderen, Psychose-(risiko)-Patienten von Gesunden bzw. von Patienten mit anderen ICD-10 Diagnosen zu differenzieren.

Differenzierung zwischen psychischer Erkrankung generell und Gesunden

Der Gesamtwert des „Selbstscreen-Prodrom“ gibt klare Hinweise auf eine psychische Erkrankung. Ein Wert von ≥ 6 kann mit einer Sensitivität von 87% und einer Spezifität von 81% psychisch Kranke von Gesunden differenzieren. Der „Selbstscreen-Prodrom“-Gesamtwert kann somit in Hausarztpraxen eingesetzt werden.

Identifizierung von Psychose-(risiko)-Patienten

Hinweise zur Unterscheidung von Psychose-(risiko)-Patienten und Gesunden oder Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen ergeben sich mit Hilfe der Subskala „Psychose-Risiko“. Mit ihr können Psychose-(risiko)-Patienten aus anderen klinischen Patientengruppen herausgefiltert werden - sei es in der Hausarztpraxis oder in der psychiatrischen Praxis. Nennen Personen mindestens zwei Symptome dieser Subskala „Psychose-Risiko“, so sollten diese Patienten in einer Spezialsprechstunde zur Früherkennung von Psychosen angemeldet werden. Mit der Festlegung des Cut-off-Werts bei ≥ 2 wurde die Sensitivität stärker als die Spezifität gewichtet, damit - wie bei einem Screening angestrebt - möglichst wenig Psychose-(risiko)-Patienten übersehen werden. Bei einer Spezifität von 39% wird dabei in Kauf genommen, dass 6 von 10 Personen als Risikoperson eingestuft werden, obwohl sie eine andere psychische Erkrankung haben. Aufgrund dieser relativ geringen Spezifität von 39%, gegenüber anderen psychischen Erkrankungen (66% gegenüber Gesunden), ist eine darauf folgende Untersuchung durch Experten zur weiteren Abklärung unumgänglich.

Olsen et al. [5] und Riecher-Rössler et al. [15] weisen darauf hin, dass die Berücksichtigung von Selbstbeurteilungsinstrumenten bei der Früherkennung von

Psychosen noch in ihren Anfängen steckt. Es gibt bisher nur fünf andere Selbstbeurteilungsinstrumente zur Früherkennung von Psychosen. Diese wurden meist auf der Basis von Fremdbeurteilungsinstrumenten entwickelt. Ihre Validität ist nach Olsen et al. [5] aber noch nicht hinreichend belegt und erst zwei dieser Instrumente, das ERlraos [28] und das „Structured Interview of Prodromal Symptoms“ (SIPS)-Screen [29], wurden im Sinne eines Screenings angewandt.

Die ERlraos-Checkliste [28] wurde im Projektverbund „Früherkennung und Frühintervention“ des Kompetenznetzes Schizophrenie als erster Schritt eines stufenweisen Screenings eingesetzt. Sie kann sowohl als Interview, als auch als Selbstbeurteilungsfragebogen angewandt werden. Sie besteht aus 17 Items – 13 zu unspezifischen Anzeichen, drei zu psychosenahen Prodromen und einem zu psychotischen Symptomen. Im Anschluss wird das Ausmass der Veränderung und des Distress' genauer erfragt sowie weitere Risikofaktoren. Personen, die einen bestimmten Cutoff-Wert erhalten, werden in einem Früherkennungszentrum ausführlich untersucht [28].

Das SIPS-Screen von Miller et al. [29] erfragt 12 positive Symptome einer Psychose und wurde auf seine Validität geprüft, indem die Ergebnisse mit der ausführlichen Fremdbeurteilung des anschließenden SIPS-Interviews [30] verglichen wurden.

Heinimaa et al. [30] haben Patienten ihres Zentrums für psychische Gesundheit, welche von niedergelassenen Psychiatern zugewiesen wurden und zufällig ausgewählte Personen der Allgemeinbevölkerung mit dem „*PROD-screen*“ untersucht. Der „*PROD-screen*“ mit 29 dichotomen Items konnte mit einer Sensitivität von 80% Personen in der Prodromalphase von gesunden Personen unterscheiden. Diese Prodromalphase wurde nach den Kriterien „Criteria of prodromal Syndromes (COPS) von Heinimaa et al. [30] definiert. Ein weiteres Selbstbeurteilungsverfahren, das „*Prodromal Questionnaire*“ (PQ) mit 92 dichotomen Items, wurde von Loewy et al. entwickelt [3]. Der PQ wurde bisher bei Individuen, die aufgrund einer ärztlichen Beurteilung als Personen in einer Prodromal-Phase eingestuft wurden, angewandt. Loewy et al. [3] konnte eine moderate Korrelation des „Structured Interview of Prodromal Symptoms“ (SIPS) [31] mit korrespondierenden Skalen des PQs zeigen. Aufgrund des PQs konnten Prodromalpatienten von Gesunden mit einer Sensitivität von 71 % und einer Spezifität von 81% unterschieden werden. Eine weitere Studie von Loewy et al. [32] wies darauf hin, dass ein Selbstbeurteilungsinstrument wie der PQ für das Screening in der Allgemeinbevölkerung nicht geeignet ist. Fälschlicherweise würden bei einem Screening der Allgemeinbevölkerung, diese dann „falsch positiv“ gewertet.

Der „*Youth Psychosis at Risk Questionnaire*“ (Y-PARQ) von Ord et al. besteht aus 92 dichotomen Items [33]. Er wurde bei Studenten mit familiärer Häufung von Psychose auf seine Validität überprüft. Erhöhte Werte der insgesamt 24 meist

positiven psychotischen Symptome wurden einbezogen, um potentielle Risikopersonen zu identifizieren. Vorläufige Daten zeigen einen positiven Vorhersagewert von 82%.

Im Gegensatz etwa zum „PROD-Screen“ [30] und „SIPS-Screen“ [29] berücksichtigt die *Subskala „Psychose-Risiko“* unseres „Selbstscreen-Prodrom“ zusätzlich *unspezifische und negative Symptome*, die als entscheidende Prodromal-Symptome gelten und beim Selbstscreening in der bestehenden Forschung erst wenig Beachtung fanden. Die vorliegende Subskala „Psychose-Risiko“ ermöglicht Psychose-(risiko)-Patienten aus Patienten mit ausgeprägter Symptomatik einer psychiatrischen Poliklinik herauszufiltern. Andere Selbstbeurteilungsbögen, wie der „PROD-screen“ [30] sind nur wenig geeignet, um sie bei Patienten in psychiatrischen Praxen anzuwenden.

Im klinischen Alltag sollte das Screening mit einem Selbstbeurteilungsverfahren auf hilfeschende Personen im Risikoalter [25, 32]. beschränkt werden. Dies gilt insbesondere bei einer familiären Belastung mit Psychose. Darüber hinaus ist bei diesem, wie bei jedem Screeningprozedere entscheidend, dass Patient, Angehörige und Zuweiser sorgfältig und unmissverständlich darüber informiert werden, dass eine gehäufte Nennung von Symptomen beim Psychose-Screening keineswegs auf eine Erkrankung hinweisen und erst zukünftige Abklärungen zeigen werden, ob sich die Risikoeinschätzung im Verlauf bestätigt.

So ist denn auch die Spezifität der Subskala eher im unteren Bereich anzusiedeln, während die Sensitivität sehr gut mit anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten [3, 29] vergleichbar ist.

Die weitere Abklärung in Bezug auf Psychosen erfolgt im Rahmen unserer Basler Früherkennungssprechstunde dann mit einem weiteren Screeninginstrument dem BSIP, Basel Screening Instrument für Psychosen, einem kurzen Fremdbeurteilungsinstrument [16]. Dieses Instrument erlaubt mit einer hohen prädiktiven Validität den Entscheid, ob bei den jeweiligen Individuen tatsächlich ein Psychoserisiko entsprechend klar definierter Kriterien [12] besteht.

KERNAUSSAGEN

1. Das „*Selbstscreen-Prodrom*“ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dessen Hilfe psychisch Erkrankte von Gesunden unterschieden werden können (Cut-off-Wert: ≥ 6 , Sensitivität: 87% und Spezifität: 91%). Es ist damit für ein Screening in Hausarztpraxen geeignet.
2. Durch die *Subskala „Psychose-Risiko“* können in einem weiteren Differenzierungsschritt Psychose-(risiko)-Patienten herausgefiltert werden (Cut-off-Wert: ≥ 2 , Sensitivität: 85% und Spezifität: 39%).
3. Die Analyse dieser Subskala kann in Hausarztpraxen wie in psychiatrischen Praxen auf einfache Weise erfolgen. Bestätigt der Patient mind. 2 der 6 Fragen dieser

Subskala „Psychose-Risiko“, so sollte er in eine Spezialsprechstunde zur Früherkennung von Psychosen überwiesen werden.

LITERATUR

- [1] Young A R, McGorry P D. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr. Bull.* 1996; 22 (2): 353-370.
- [2] Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Pflüger M, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia – how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113 (Suppl 429): 73-80.
- [3] Loewy R L, Bearden C E, Johnson J K, Raine A, Cannon T D. The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res* 2005; 79: 117-125.
- [4] Lambert M & Häfner H. Sensitivity and specificity of relatives' report on the early course of schizophrenia. *Psychopathology* 1997; 30: 12-19.
- [5] Olsen K A, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 273-282.
- [6] Häfner H, Nowotny B, Löffler W, van der H W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; (246): 17-28.
- [7] Harrigan S M, McGorry P D, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003; (33): 97-110.
- [8] Larsen T K, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen J O, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001; (103): 323-334
- [9] McGorry P D. Early psychosis reform: too fast or too slow? *Acta Psychiatr Scand* 2002; (106): 249-251.
- [10] Norman R M, Townsend L, Malla A K. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br J Psychiatry* 2001; (179): 340-345.
- [11] Pelosi A J, Birchwood M. Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *Br J Psychiatry* 2003; (182): 196-198.
- [12] Young A R, Phillips L J, McGorry P D, McFarlane C A, Francey S, Harrigan, S, Patton G C; Jackson H J. Prediction of Psychosis. A step toward indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (33): 14-20 (Suppl).
- [13] Young A R, Phillips L J, Yuen H P, McGorry P D. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004; 67: 131-142.
- [14] Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer E M, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 158-164.

- [15] Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, Pflüger M, Radü W, Schindler Ch, Stieglitz R-D. (2007) The Basel early – detection- of -psychosis (FEPSY) –study- design and preliminary results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115:114-125.
- [16] Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, Stieglitz R-D. Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP): Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*; 2008; 76: 207-216.
- [17] Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress, W. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 2004; 54:45–51.
- [18] Supina A L, & Patten S B. Self-reported diagnoses of schizophrenia and psychotic disorders may be valuable for Monitoring and Surveillance. *Can J Psychiatry* 2006; 51 (4): 256-259.
- [19] McGorry P D, & McConville S B. Insight in psychosis. *Harv Ment Health Lett* 2000; 17: 3-5.
- [20] Liraud F, Droulout T, Parrot M, Verdoux H. Agreement between self-rated and clinically assessed symptoms in subjects with psychosis. *The journal of nervous and mental disease* 2004; 192 (5): 352-356.
- [21] Stefanis N, Hanssen M, Smyrnis N, Avramopoulos D, Evdokimidis I, Verdoux H, Van Os J. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol Med* 2002; 32: 347-358.
- [22] Konings M, Bak M, Hanssen M, van Os J, Krabbendam L. Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114 (1): 55-61.
- [23] Lukoff D, Nuechterlein K-H, Ventura J. Manual for the expanded brief psychiatric rating scale. *Schizophr Bull* 1986; 12: 594-602.
- [24] Ventura J, Lukhoff D. Nuechterlein KH, Lieberman RP, Green M, Shaner A. Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The Drift Busters"; Appendix 1 The Brief Psychiatric Rating Scale (expanded version). *Int J Meth Psychiatric Res* 1993; 3: 221-224.
- [25] Häfner H, Maurer K, Löffler W. et al. The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 380-386.
- [26] Drewe M, Drewe J, Riecher-Rössler A. Cannabis and risk of psychosis, *Swiss Medical Weekly* 2004; 134: 659-663.
- [27] Hsiao J K, Bartko J J, Potter W Z. Diagnosing diagnosis. *Archives of general Psychiatry* 1989; 46: 664-667.
- [28] Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, Maier W, Bottlender R, Moller HJ, Gaebel W, Wolwer W (2004) Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254:117-128

[29] Miller T J, Cicchetti D, Markovich P J, Mcglashan T-H, Woods S-W. The SIPS screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophr Res* 2004; 70 (suppl.): 78.

[30] Heinimaa M, Salokangas R K R, Ristkari T, Plathin M, Huttunen J, Ilonen T, Suomela T, Korkeila J. PROD-screen-a screen for prodromal symptoms of psychosis. *International Journal of methods in psychiatric research* 2003; 12: 92-104.

[31] Miller T J, McGlashan T H, Woods S-W, Stein K, Driesen N, Corocran C M, Hoffmann R, Davidseon L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr. Q* 1999; 70 (4); 273-287.

[32] Loewy R L, Johnson J K, Cannon T D. Self-report of attenuated psychotic experiences in a college population. *Schizophr. Res* 2007; 93: 144-151.

[33] Ord L M, Myles-Woersley M, Blailes F, Ngiralmau H. Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophr Res* 2004; 71: 507-508.