

DIE KLINISCHEN EMPFEHLUNGEN DER EPA GUIDANCE FÜR EINE FRÜHERKENNUNG VON KLINISCHEN RISIKOSTADIEN FÜR EINE PSYCHOSE

(übertragen ins Deutsche von: F. Schultze-Lutter; veröffentlicht in: Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Nordentoft M, Raballo A, Meneghelli A, Marshall M, Morrison A, Ruhrmann S, Klosterkötter J (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30: 405-416)

EMPFEHLUNG 1: RISIKOKRITERIEN (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die folgenden drei klinischen Risikokriterien alternativ für die Früherkennung einer Psychose verwandt werden sollten, wenn das Vorliegen einer derzeitigen oder früheren Psychose und die Verursachung der Risikosymptomatik durch eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen wurde:

(1) Mindestens ein attenuiertes psychotisches Symptom (**APS**), das die zusätzlichen Anforderungen der SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt (Tabelle):

- ungewöhnliche Denkinhalte oder wahnhaftige Ideen, die nicht mit vollständiger Überzeugung gehalten werden (inkl. Beziehungsideen, die nicht sofort verworfen werden)
- Wahrnehmungsabweichungen oder Halluzinationen mit noch vorhandener Einsicht in ihre abnorme Natur
- desorganisierte Kommunikation oder Sprache, die noch inhaltlich verständlich sind und auf Strukturierungshilfen ansprechen

Instrument	Beginn	Häufigkeit	Substanzgebrauch / Komorbidität
SIPS	Beginn oder deutliche Zunahme der Überzeugung / Verhaltensrelevanz in den letzten 12 Monaten	Durchschnittliche Häufigkeit von mindestens 1x / Woche im letzten Monat	Nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt
CAARMS	Auftreten für mindestens 1 Woche im vergangenen Jahr und Beginn nicht vor mehr als 5 Jahren	Mehrmaliges Auftreten pro Woche	Keine Abgrenzung

(2) Mindestens 2 selbst wahrgenommene und berichtete kognitive Basissymptome (**COGDIS**), die dem Patienten nicht aus seiner „gesunden Zeit“ bekannt sind und unabhängig vom klinischen Eindruck gemäß der Patientenangaben gewertet werden, innerhalb der letzten 3 Monate zumindest zeitweilig wöchentlich oder häufiger auftraten und nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückführbar sind:

- Gedankeninterferenzen mit Einschließen vollständig irrelevanter Bewusstseinsinhalte
- Gedankenblockaden, die nicht durch Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsdefizite erklärbar sind
- Gedankenjagen, -drängen von thematisch unzusammenhängenden Gedanken
- Störung der rezeptiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag
- Störung der expressiven Sprache bei Gebrauch der Muttersprache im Alltag

- Störung der Symbolerfassung im Sinne der gestörten oder verzögerten Erfassung und Verständnisses von abstrakten, metaphorischen oder symbolischen Inhalten
- Eigenbeziehungstendenz, die sofort als irrig erkannt wird
- Unfähigkeit zur Spaltung der Aufmerksamkeit zwischen Aufgaben, die für sich genommen nicht die volle Aufmerksamkeit benötigen und primär unterschiedliche Sinne betreffen, etwa ein Brot schmieren und eine Unterhaltung führen
- Fesselung der Aufmerksamkeit durch irrelevante Stimuli, was die willentliche Auslenkung der Aufmerksamkeit auf relevantere Reize behindert

(3) Mindestens ein transientes, spontan remittierendes psychotisches Symptom (**BLIPS**), das die zusätzlichen Anforderungen der SIPS oder der vor 2006 publizierten CAARMS erfüllt (Tabelle):

- Wahn
- Halluzination
- Formale Denkstörungen

Instrument	Beginn	Häufigkeit	Substanzgebrauch / Komorbidität
SIPS	Beginn innerhalb der letzten 3 Monate	Mehrere Minuten am Tag mindestens 1× / Monat und nicht länger als 1 Std. / Tag für durchschnittlich 4 Tage / Woche in 1 Monat	Symptome sind nicht ernsthaft gefährdend oder desorganisierend, nicht Folge von Substanzkonsum und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt
CAARMS	Auftreten im letzten Jahr	Dauer von weniger als 1 Woche	Keine Abgrenzung

EMPFEHLUNG 2: ROLLE GENETISCHEN RISIKOS (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass ein genetisch erhöhtes Psychoserisiko durch eine positive Familienanamnese für Psychosen bei einem erstgradigen biologischen Angehörigen nicht für sich allein genommen als klinisches Risikokriterium benutzt werden sollte, auch wenn es von Funktions-einbußen und psychischen Problemen begleitet ist. Vielmehr sollte es als ein genereller Risikofaktor, der ein bereits vor der Risikoerhebung bestehendes erhöhtes Prätest-Risiko für Psychosen anzeigt, betrachtet und als solches bei Patienten mit klinisch erhöhtem Risiko gemäß eines der 3 Kriterien berücksichtigt werden.

Patienten, die keines der 3 Risikokriterien erfüllen, aber ein genetisches Risiko und psychische Beschwerden haben, sollten jedoch zur Wiedervorstellung ermutigt werden, sollten sie das Auftreten von den Risikosymptomen ähnlichen Beschwerden bemerken.

EMPFEHLUNG 3: ROLLE PSYCHOSOZIALER FUNKTIONSDEFIZITE (basierend auf Metaanalyse)

In Übereinstimmung mit den allgemeinen Empfehlungen der EPA für die Prävention psychischer Störungen, deren Ziele neben der Verhinderung des Erkrankungsausbruch auch die Verhinderung der Einbußen in ökonomischer Produktivität und sozialem Funktionsniveau beinhalten, empfiehlt die EPA, dass ein signifikanter Einbruch im schulisch-beruflichen und/oder sozialem Funktionsniveau keine obligatorische Zusatzanforderung für ein klinisches Psychoserisiko gemäß der drei genannten Kriterien darstellen sollte, da die Evidenz für eine Risikosteigerung durch diesen Zusatz fehlt.

Eine deutliche FunktionseinbuÙe sollte jedoch als ein Hinweis auf ein unmittelbarer drohendes Übergangsrisiko in eine Psychose gewertet werden, und Patienten mit einem klinischen Risiko und einem signifikanten Funktionseinbruch sollten als hoch behandlungsbedürftig betrachtet werden.

EMPFEHLUNG 4: ZIELPOPULATION (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die eingangs genannten klinischen Risikokriterien nur auf Personen angewandt werden, die bereits unter psychischen Beschwerden leiden und hierfür Hilfe suchen, sowie auf solche, die wegen einer bekannten höheren Gefährdung, z.B. aufgrund einer positiven Familienanamnese für Psychosen, eine Abklärung ihres derzeitigen klinischen Risikostatus wünschen.

Jegliches klinisches Screening bei anderen Personen erscheint derzeit durch die wissenschaftliche Evidenzbasis nicht gerechtfertigt.

EMPFEHLUNG 5: KINDER UND JUGENDLICHE (basierend auf Metaanalyse)

Die EPA empfiehlt, dass die eingangs genannten klinischen Risikokriterien nur mit äußerster Vorsicht bei Kindern und jüngeren Adoleszenten angewandt und kommuniziert werden sollten, wobei sie aber nichtsdestotrotz bei diesen erhoben und im weiteren Verlauf beobachtet werden sollten.

In der späteren Adoleszenz hingegen scheinen die klinischen Risikokriterien bei Jugendlichen ähnlich gut wie bei Erwachsenen anwendbar zu sein.

EMPFEHLUNG 6: BENÖTIGTE EXPERTISE (Expertenkonsens)

Die EPA empfiehlt, dass ein/e trainierte/r Fachmann/frau (Psychiater/in, klinischer Psychologe/in oder eine andere Fachkraft für psychische Gesundheit) mit ausreichender Erfahrung mit einem klinischen erhöhten Risikostatus für Psychosen die Erhebung durchführt.

Wenn eine Zuweisung zu einer/m entsprechenden Spezialisten/in nicht möglich ist, sollte der/die verantwortliche Behandler/in sollte eine/n Spezialisten/in beratend zu dem Fall konsultieren, etwa telefonisch; und spezialisierte Psychose-Früherkennungseinrichtungen sollten solche konsiliarischen Beratungen ermöglichen, z.B. im Rahmen telefonischer Sprechstunden. Fallbesprechungen mit einem/r Experten/in für die Früherkennung von Psychosen sind auch für Fachkräfte im Bereich psychischer Gesundheit ohne entsprechende Zusatzexpertise angeraten.