

Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYNDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <http://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

**BASEL SCREENING INSTRUMENT FÜR PSYCHOSEN
BSIP**

A. Riecher-Rössler, U. Gschwandtner, R.-D. Stieglitz, J. Aston

ANLEITUNG

Mit Hilfe dieses Screeninginstrumentes sollen Individuen mit (beginnender) Psychose identifiziert werden. Es fokussiert auf folgende Bereiche:

1. **Risikoalter**
2. **Psychopathologie**
 - 2.1 **Prodromalsymptome nach DSM-III**, *neu* aufgetreten in den letzten 5 Jahren
 - 2.2 Eine **Summe** von mindestens 3 weiteren **unspezifischen Anzeichen**, *neu* aufgetreten innerhalb der letzten 2 Jahre
 - 2.3 **(Prä-)psychotische Symptome**, aktuell oder früher
3. **„Knick“** in der Lebenslinie (Verlust sozialer Rollen) – *neu* entwickelt in den letzten 5 Jahren und bis jetzt anhaltend
4. **Drogenabusus** in den letzten 2 Jahren
5. **Psychiatrische Vorerkrankungen/psychische Auffälligkeiten in der Kindheit**
6. **Genetische Belastung**
7. **Zuweisung mit Psychoseverdacht**

Beachte:

Je spezifischer ein Risikofaktor oder Frühzeichen der Erkrankung ist, desto länger zurück wird dieses i.a. als relevant betrachtet.

Beim „*sozialen Knick*“ wird zusätzlich noch gefordert, dass der soziale Abstieg bis zum Untersuchungszeitpunkt anhält. Auch wird beim sozialen Knick eine Verschlechterung im Rahmen akut psychotischer Symptomatik *nicht* gewertet.

Beim Screening handelt es sich nicht um ein Interview, sondern um eine **Einschätzung** durch den Forschungsmitarbeiter, der **sämtliche** ihm zur Verfügung stehenden **Informationsquellen** einschl. Zuweisungsschreiben, Arztberichte, fremdanamnestiche Angaben etc. in seine Bewertung einbeziehen sollte. Dies trifft insbesondere auf Fragen zu, zu denen der Patient oft selbst schlecht Auskunft geben kann (z.B. beobachtetes Verhalten).

Wenn etwas nicht eindeutig beurteilbar ist, bitte Klartext dazu schreiben.

Patient/Patientin (Nr.):	Geburtsdatum:
Untersucher/in:	Datum der Untersuchung:

1. ALTER

	nein	ja	
Ist der männliche Patient unter 25 Jahre, die weibliche Patientin unter 30 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

2. PSYCHOPATHOLOGIE

2.1 Potentielle Prodromi

Hat der/die PatientIn **in den letzten 5 Jahren** folgende Auffälligkeiten **neu** entwickelt?
(anhaltend bis jetzt oder nur vorübergehend aber über mind. 2 Monate)

	nein	ja	
2.1.1 Ausgeprägte soziale Isolierung oder Zurückgezogenheit - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
2.1.2 Ausgeprägte Beeinträchtigung der Rollenerfüllung im Beruf, in der Ausbildung oder im Haushalt - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
2.1.3 Ausgeprägt absonderliches Verhalten (z.B. Selbstgespräche in der Öffentlichkeit) - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4*
2.1.4 Ausgeprägte Beeinträchtigung bzw. Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Körperpflege - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
2.1.5 Abgestumpfter, verflachter oder inadäquater Affekt <i>Frage den/die Patient/in z.B.:</i> Können/konnten Sie Ihre Gefühle schlechter als früher zeigen oder äussern Sie Ihre Gefühle anders als früher? Wurden Sie z.B. von anderen darauf angesprochen, dass Sie kaum noch Gefühle zeigen oder merkwürdige Gefühle äussern? Oder einfach gefühlsmässig anders reagieren als früher? - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
2.1.6 Abschweifende, vage, verstiegene, unverständliche Sprache oder Verarmung der Sprache oder des Sprachinhalts <i>Frage den/die Patient/in z.B.:</i> Haben sich Ihre sprachlichen Äusserungen verändert, etwa dahingehend, dass Sie kaum noch mit anderen sprechen/sprachen oder sich nicht mehr klar äussern (konnten)? Haben andere Sie z.B. häufig darauf angesprochen, dass sie nicht recht verstehen, was Sie meinen? - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7*
2.1.7 Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit kulturellen Normen übereinstimmen (z.B. Aberglaube, Hellseherei, Telepathie, „sechster Sinn“, „andere können meine Gefühle spüren“, überwertige Ideen, Beziehungsideen) - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8*
2.1.8 Ungewöhnliche Wahrnehmungen oder Erlebnisse (z.B. Veränderung von Sinneswahrnehmungen (Riechen, Hören, Sehen etc.), oder wiederholte illusionäre Verkennungen) - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9*

	nein	ja	
2.1.9 Erheblicher Mangel an Initiative, Interesse oder Energie - in den letzten 5 Jahren neu entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

2.2 Andere unspezifische Anzeichen

Hat der/die PatientIn in den letzten 2 Jahren folgende Anzeichen neu entwickelt?		nein	ja
2.2.1 Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Schlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3 Depression		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.4 Nervosität/Unruhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.5 Angst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.6 Erhöhte Sensibilität/Überempfindlichkeit (psychisch, Sinnesreize etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.7 Derealisations- oder Depersonalisationserleben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.8 Gesamteinschätzung zu „Andere unspezifische Anzeichen“: Hat der/die PatientIn in den letzten 2 Jahren mindestens 3 der genannten Symptome neu entwickelt , die über eine Dauer von jeweils mindestens 2 Monaten anhielten ?	nein	ja	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11

2.3 (Prä-)psychotische Symptome

Fragen anhand der 4 Psychose-Items der BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura et al. 1993). Werte jeweils, ob ein Symptom a) **aktuell** vorhanden ist und falls ja, das aktuelle Ausmass oder ob es b) **jemals** in psychotischer Ausprägung vorhanden war. Beachte: werte auch, wenn nur

2.3.1. Misstrauen

Ausgedrückter oder offensichtlicher Glaube, dass andere Personen böswillig handeln oder mit benachteiligender Absicht. Schliesse Ideen von übernatürlichen oder anderen nicht-menschlichen Mächten (z.B. der Teufel) ein.
Beachte: Beurteilungen von 3 oder mehr sollten auch unter „Ungewöhnliche Denkinhalte“ bewertet werden.

*Fühlten Sie sich in der Öffentlichkeit jemals unbehaglich?
Erscheint es Ihnen, als ob Leute Sie beobachten würden?
Haben Sie Bedenken über irgendjemandes Absichten Ihnen gegenüber?
Strengt sich jemand besonders an, Ihnen das Leben schwer zu machen oder zu versuchen, Sie zu verletzen?
Fühlen Sie sich in Gefahr?*
Wenn Patient Verfolgungsideen/Wahnvorstellung äussert, beschreibe genau:

.....

und frage folgendes:
Wie oft haben Sie das (Patientenbeschreibung verwenden) erlebt bzw. wie oft denken Sie daran?
Wie erklären Sie sich das?.....
Gibt es auch andere Erklärungen?.....
Hat Sie das sehr beschäftigt?.....
Wie haben Sie reagiert?.....
Haben Sie jemandem von diesen Erfahrungen berichtet?.....

2 sehr gering

Scheint auf der Hut zu sein, widerstrebend auf persönliche Fragen zu antworten. Berichtet, sich seiner selbst in der Öffentlichkeit übermässig bewusst zu sein.

3 gering

Beschreibt Vorfälle, die plausibel klingen, bei denen andere Personen ihm geschadet haben oder ihm schaden wollten. Patient hat das Gefühl, als ob andere ihn beobachten, ihn auslachen oder ihn öffentlich kritisieren, aber dies geschieht nur gelegentlich oder selten. Wenig oder kein gedankliches Beschäftigtsein.

4 mässig

Sagt, dass andere über ihn böswillig reden, schlechte Absichten haben oder ihm möglicherweise schaden wollen. Geht über Wahrscheinlichkeit oder Glaubwürdigkeit hinaus, aber nicht wahnhaft. Vorfälle von vermuteten Verfolgungen treten gelegentlich auf (weniger als einmal pro Woche) mit gewissem gedanklichen Beschäftigtsein.

5 mässig stark

Gleich wie 4, aber Vorfälle treten häufiger auf (mehr als einmal wöchentlich). Patient ist mässig beschäftigt mit Verfolgungsideen ODER Patient berichtet Verfolgungswahn mit einigen Zweifeln (z.B. teilweise wahnhaft).

6 stark

Wahnhaft – spricht von Mafia-Verschwörungen, dem FBI oder von anderen, die seine Nahrung vergiften, Verfolgung durch übernatürliche Kräfte, etc.

7 extrem stark

Gleich wie 6, aber die Überzeugungen sind bizarrer oder das gedankliche Beschäftigtsein stärker. Der Patient neigt dazu, sich mitzuteilen oder gemäss dem Verfolgungswahn zu handeln.

Bewerte Misstrauen:

a) **aktuell** (in den letzten 14 Tagen)

Score ≤ 2

Score 3-4

Score ≥ 5

b) **davor**

Score ≤ 2 oder nicht beurteilbar

Score 3-4

Score ≥ 5

2.3.2. Halluzinationen

Berichtet von Wahrnehmungen in der Abwesenheit relevanter äusserer Stimuli.

Schätze auch das Ausmass ein, zu welchem das Funktionieren durch die Halluzinationen gestört ist. Berücksichtige dabei sowohl gedankliche Beschäftigung mit den Halluzinationen, als auch das Handeln gemäss des halluzinatorischen Inhaltes (z.B. Verhaltensauffälligkeit als Folge einer befehlenden Stimme). Schliesse Gedankenlautwerden oder Pseudohalluzinationen ein (z.B. hört Stimme in seinem Kopf), wenn es die Qualität einer Stimme hat.

Haben Sie jemals ungewöhnliche Sinneseindrücke gehabt? Z.B. Ungewöhnliches gehört?

Kommt/kam es Ihnen z.B. jemals so vor, als ob Sie Ihren Namen rufen hörten?

Haben Sie irgendwelche Geräusche gehört oder Leute, die mit Ihnen oder über Sie sprachen, als niemand anwesend war? Hatte es die Qualität einer Stimme?

(Wenn Patient Stimmen hört: Was sagen/sagten die Stimmen?)

Oder haben Sie jemals Dinge oder Bilder gesehen, welche andere nicht sehen/sahen?

Oder Gerüche gerochen, die andere nicht riechen?

Oder Merkwürdiges geschmeckt? Oder gespürt?

Wenn Patient Halluzinationen äussert, beschreibe genau:

.....
.....

und frage Folgendes:

Wie oft treten diese Erfahrungen (Patientenbeschreibung verwenden) auf?

Haben diese Erfahrungen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, alltägliche Aktivitäten/Arbeit zu verrichten?

Wie erklären Sie sich diese Erfahrungen?

.....

2 sehr gering

Sieht Bilder, riecht Düfte oder hört Stimmen, Geräusche oder Flüstern während Ruhepausen oder während des Einschlafens in Abwesenheit äusserer Reize, aber keine Beeinträchtigung des Funktionierens.

3 gering

Hört in vollem Bewusstseinszustand eine Stimme seinen Namen rufen, erlebt nonverbale, akustische Halluzinationen (z.B. Geräusche oder Flüstern), formlose visuelle Halluzinationen oder hat unregelmässige (z.B. 1-2 mal pro Woche) sensorische Erfahrungen in der Anwesenheit von modalitätsrelevanten Stimuli (z.B. visuelle Illusionen) ohne funktionale Beeinträchtigung.

4 mässig

Gelegentlich verbale, visuelle, olfaktorische oder taktile Halluzinationen, ohne Beeinträchtigung des Funktionierens ODER nonverbale akustische Halluzinationen/visuelle Trugbilder beinahe regelmässig oder mit Beeinträchtigung.

5 mässig stark

Erlebt täglich Halluzinationen ODER *einige* Bereiche des Funktionierens sind durch Halluzinationen gestört.

6 stark

Erlebt verbale und visuelle Halluzinationen mehrere Male pro Tag ODER *vieler* Bereiche des Funktionierens sind durch Halluzinationen gestört.

7 extrem stark

Den ganzen Tag über anhaltende verbale und visuelle Halluzinationen ODER die meisten Bereiche des Funktionierens sind durch Halluzinationen gestört.

Bewerte Halluzinationen:

a) **aktuell** (in den letzten 14 Tagen)

Score ≤ 1

Score 2-3

Score ≥ 4

b) **davor**

Score ≤ 1 oder nicht beurteilbar

Score 2-3

Score ≥ 4

2.3.3 Ungewöhnliche Denkinhalte

Ungewöhnlicher, merkwürdiger, seltsamer oder bizarrer Gedanken**inhalt**.

Schätze das Ausmass der Ungewöhnlichkeit, nicht das Mass des Zerfalls der Sprache ein. Wahneideen sind offenkundig absurde, klar falsche und bizarre Ideen, welche mit voller Gewissheit ausgedrückt werden. Schätze den Patienten als völlig überzeugt ein, wenn er handelt, als ob seine Wahngedanken wahr seien. Beziehungsideen/Verfolgungsideen können von Wahnvorstellungen differenziert werden, indem die Ideen mit mehr Zweifel ausgedrückt werden und gewisse Elemente von Realität haben. Schliesse Gedankeneingebung, -entzug und -ausbreitung ein. Schliesse Grössenwahn, auf den Körper bezogenen Wahn und Verfolgungswahn ein, auch wenn schon woanders beurteilt.

Beachte: wenn „Körperbezogenheit“, „Schuldgefühle“, „Misstrauen“ oder „Grössenideen“ mit 6 oder 7 bewertet werden, dann wird „Ungewöhnliche Denkinhalte“ mit 4 oder höher bewertet.

Haben Sie spezielle Botschaften von Leuten erhalten oder durch die Art und Weise, wie Dinge um Sie herum angeordnet sind?

Haben Sie irgendeine Bezugnahme auf sich selbst im Fernsehen oder in der Zeitung gesehen?

Kann jemand Ihre Gedanken lesen?

Haben Sie eine spezielle Beziehung zu Gott?

Werden Gedanken in Ihren Kopf getan, die nicht Ihre eigenen sind?

Hatten Sie das Gefühl, unter der Kontrolle einer anderen Person oder Macht zu stehen?

Wenn Patient seltsame Ideen/Wahnvorstellungen äussert, beschreibe genau:

.....
.....
.....

und frage Folgendes:

Wie oft denken Sie an (Patientenbeschreibung verwenden)?.....

Haben Sie jemandem von diesen Dingen erzählt?.....

Wie erklären Sie sich die Dinge, die geschehen sind? Genaue Angaben:.....

.....
.....
.....

2 sehr gering

Beziehungsideen (Leute starren ihn an oder lachen über ihn). Verfolgungsideen (Leute behandeln ihn schlecht). Ungewöhnlicher Glaube an übernatürliche Kräfte, Geister, UFOs oder unrealistische Überzeugung an eigene Fähigkeiten. Nicht stark vertreten. Einige Zweifel.

3 gering

Das Gleiche wie bei 2, aber Grad der Realitätsverzerrung ist stärker, angezeigt durch höchst ungewöhnliche Ideen oder grössere Überzeugung. Inhalt kann typisch sein für Wahnvorstellung (sogar bizarr), aber ohne volle Überzeugung. Die Wahnvorstellung scheint sich nicht vollständig ausgebildet zu haben, wird aber als eine mögliche Erklärung für eine ungewöhnliche Erfahrung in Betracht gezogen.

4 mässig

Wahnvorstellungen sind präsent aber kein gedankliches Beschäftigtsein oder Beeinträchtigung des Funktionierens. Kann eine eingekapselte Wahnvorstellung oder eine mit Sicherheit bekräftigte, absurde Überzeugung über vergangene, wahnhaftige Umstände sein.

5 mässig stark

Volle Wahnvorstellung(en) sind präsent mit mässigem gedanklichen Beschäftigtsein ODER *einige* Bereiche des Funktionierens sind durch wahnhaftes Denken gestört.

6 stark

Volle Wahnvorstellung(en) sind präsent mit starkem gedanklichen Beschäftigtsein ODER *vieler* Bereiche des Funktionierens sind durch wahnhaftes Denken gestört.

7 extrem stark

Volle Wahnvorstellungen sind präsent mit fast vollständigem gedanklichen Beschäftigtsein ODER die meisten Bereiche des Funktionierens sind durch wahnhaftes Denken gestört.

Bewerte ungewöhnliche Denkinhalte:

a) **aktuell** (in den letzten 14 Tagen)

Score ≤ 2

Score 3-4

Score ≥ 5

b) **davor**

Score ≤ 2 oder nicht beurteilbar

Score 3-4

Score ≥ 5

2.3.4. Formale Denkstörungen

Ausmass, in welchem Sprache verwirrt, zusammenhanglos, vage oder zerfahren ist. Beurteile Vorbeireden, Umständlichkeit, plötzliche Themenwechsel, Inkohärenz, Sprunghaftigkeit, Gedankenabreissen, Neologismen und andere Sprachstörungen. Beurteile **nicht** den Inhalt der Sprache.

- 2 **sehr gering**
Eigentümlicher Gebrauch von Wörtern oder Drauflosreden, aber Sprache ist verständlich.
- 3 **gering**
Die Sprache ist etwas schwer zu verstehen oder ergibt wenig Sinn wegen Sprunghaftigkeit, Umständlichkeit oder unvermitteltem Themenwechsel.
- 4 **mässig**
Sprache wegen Sprunghaftigkeit, Umständlichkeit, verstiegener Sprache, Danebenreden oder Themenwechsel bei vielen Gelegenheiten schwer verständlich ODER 1-2 Beispiele für inkohärente Redewendungen.
- 5 **mässig stark**
Sprache wegen Umständlichkeit, Danebenreden, Neologismen, Gedankenabreissen oder Sperrungen die meiste Zeit über schwer verständlich ODER 3-5 Beispiele für inkohärente Redewendungen.
- 6 **stark**
Sprache ist unverständlich wegen starker Beeinträchtigung die meiste Zeit. Viele BPRS-Items können nicht anhand von Patientenäusserungen alleine eingeschätzt werden.
- 7 **extrem stark**
Sprache ist während des ganzen Interviews unverständlich.

Bewerte formale Denkstörungen:

a) aktuell (in den letzten 14 Tagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Score \leq 2	Score 3-4	Score \geq 5
b) davor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Score \leq 2 oder nicht beurteilbar	Score 3-4	Score \geq 5

Beschreibe genau:.....

2.3.5 Gesamteinschätzung (prä)psychotische Symptomatik:
Werte nicht, wenn ausschliesslich während oder innerhalb von
48 Stunden nach Einnahme psychotogener Drogen (s.u.) aufgetreten!

2.3.5.1 Hat der/die PatientIn **jemals** (aktuell oder früher) an **präpsycho-**
tischen (attenuierten) oder psychotischen Symptomen gelitten?
Werte auch andere als die oben genannten psychotischen
Symptome, wenn diese benannt wurden!

nein ja
 12*

2.3.5.2 Kriterien nach Yung et al. 1998
(aber mit BPRS Skala 1-7 nach Ventura et al. 1993):

a) Patient/in zeigt derzeit (aktuell oder in den letzten 14 Tagen)
attenuierte psychotische (≙ präpsychotische) Symptome
d.h. Anwesenheit von mindestens einem der folgenden Symptome:
Beziehungsideen, merkwürdiger Glaube oder magisches Denken,
Wahrnehmungsstörung, merkwürdiges Denken oder Sprache,
paranoide Wahnideen, merkwürdiges Benehmen oder Erscheinen.
Das Symptom/die Symptome sollten signifikant von der Norm
abweichen – dies wird definiert durch einen Score von
3 - 4 der Skala Misstrauen oder
2 - 3 der Skala Halluzinationen oder
3 - 4 der Skala ungewöhnliche Denkinhalte des BPRS
und sollte(n) mindestens mehrmals pro Woche vorkommen und
die Veränderung im Psychostatus sollte länger als 1 Woche andauern.

nein ja

und/oder

b) Patient zeigte **früher (vor mehr als 14 Tage) transiente isolierte**
psychotische Symptome
(≙ BLIPS Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms),
d.h. wenigstens eines der folgenden Symptome:
• Halluzinationen (4 oder mehr auf der Skala „Halluzinationen“)
• Wahn (5 oder mehr auf der Skala „ungewöhnliche Denkinhalte“
oder 5 oder mehr auf der Skala „Misstrauen“)
• formale Denkstörungen (5 oder mehr auf der
Skala „Denkzerfahrenheit“)
und
die Dauer der jeweiligen kurzen, limitierten psychotischen Sympto-
matik war **kürzer als 1 Woche**, bevor sie *spontan remittierte*.

nein ja

und/oder

c) derzeit **psychotische Dekompensation**
wenigstens eines der folgenden Symptome
• Halluzinationen (4 oder mehr auf der Skala „Halluzinationen“)
• Wahn (5 oder mehr auf der Skala „ungewöhnliche Denkinhalte“
oder 5 oder mehr auf der Skala „Misstrauen“)
• formale Denkstörungen (5 oder mehr auf der
Skala „Denkzerfahrenheit“)
und
die genannten Symptome treten wenigstens mehrmals pro Woche
auf und die Veränderung im Psychostatus hält **länger als 1 Woche** an.

nein ja

3. „KNICK“ IN DER LEBENSLINIE

Gab es bei dem Patienten/der Patientin **in den letzten 5 Jahren** eine deutliche (d.h. auch für Laien bemerkbare) **und bis jetzt anhaltende Verschlechterung** in folgenden Bereichen? (**nicht als Folge akut-psychotischer Symptome!**)

- | | nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 Auffälliger Leistungsknick mit Schwierigkeiten in Beruf, Schule etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Beruflicher Abstieg, Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes aufgrund von persönlichen Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Auffällige Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Würde der/die Patientin oder seine/ihre näheren Bezugspersonen bestätigen, er/sie sei bezüglich Wesen, Verhalten und Leistung „einfach nicht mehr derselbe Mensch wie früher“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-----|
| 3.5 Gesamteinschätzung zu „Knick in der Lebenslinie“:
Ist es nach Einschätzung des Interviewers bei dem Patienten in den letzten 5 Jahren zu einem merklichen „Knick“ in der Lebenslinie gekommen? Deutliche Veränderung in mindestens einem Bereich mit negativen Folgen für den Patienten. | nein
<input type="checkbox"/> | ja
<input type="checkbox"/> | 13* |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-----|

4. DROGEN

- | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|----|
| 4.1 Bestand in den letzten 2 Jahren ein regelmässiger (mind. 1x/Monat) Konsum psychotogener Drogen (Cannabis, Kokain, Opiode, Amphetamine, Inhalanzien, Designerdrogen, Halluzinogene, Phencyclidin)? | nein
<input type="checkbox"/> | ja
<input type="checkbox"/> | 14 |
|--|----------------------------------|--------------------------------|----|

Beschreibe Art und Häufigkeit:

.....

.....

5. PSYCHIATRISCHE VORERKRANKUNGEN / PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN IN DER KINDHEIT

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| 5.1 Hat der/die PatientIn jemals auch schon an anderen als den bisher genannten psychischen Problemen oder Erkrankungen (einschliesslich Sucht) gelitten? | nein
<input type="checkbox"/> | ja
<input type="checkbox"/> |
|--|----------------------------------|--------------------------------|

5.2 Falls ja, unter welchen?

.....

.....

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| 5.3 War oder ist der/die Patient/in in psychiatrischer Behandlung ? | nein
<input type="checkbox"/> | ja
<input type="checkbox"/> |
|--|----------------------------------|--------------------------------|

5.4 Falls ja, Diagnosen:

.....

- 5.5 **Psychiatrische oder psychologische Auffälligkeiten bis zum 18. Lebensjahr** nein ja
-
- Falls ja, involvierte Stellen:
- 5.5.1 Schulpsychologe
- 5.5.2 Kinder- und Jugendpsychiater
- 5.5.3 Andere

5.6 Gesamteinschätzung zu den Fragen 5.1 – 5.5 nein ja

Psychiatrische Vorerkrankungen jemals oder psychische Auffälligkeiten vor dem 18. Lebensjahr 15

6. PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

- 6.1 **Psychiatrische Erkrankung bei genetisch Verwandten** nein ja
-
- Falls ja:
- 6.1.2 Psychose (nicht-organisch) oder Verdacht auf Psychose bei Verwandten 1. Grades (Eltern oder Geschwister) 16
- 6.1.3 Psychose (nicht-organisch) bei Verwandten 2. Grades (werte hier *nicht* wenn nur Verdacht) 17

7. ZUWEISUNG MIT PSYCHOSEVERDACHT

- Wurde der Patient/die PatientIn mit **Psychoseverdacht** zugewiesen? 18

8. ABSCHLIESSENDE BEURTEILUNG

8.1. Psychoserisiko

Beurteile Psychoserisiko nur, falls bisher nie eine Psychose diagnostiziert wurde und auch derzeit keine Psychose besteht.

- a) Der/die Beurteilte hat **derzeit** (aktuell bzw. in den letzten 14 Tagen) **präpsychotische Symptome** (d.h. unterschwellige, sog. **attenuierte** psychotische Symptome entspr. 2.3.5.2.a). Die Symptome erfüllen zurzeit die Kriterien für eine manifeste Psychose (entspr. 2.3.5.2.c) aber nicht. nein ja

und/oder

- b) er/sie hatte **früher transiente, isolierte psychotische Symptome (BLIPS)** entspr. 2.3.5.2.b

und/oder

- c) er/sie hat eine **genetische Belastung kombiniert mit Prodromi:** Psychose bei Verwandten ersten Grades und mind. 2 weitere Risikofaktoren aus Screeningbogen Item 1-18
oder
Verdacht auf Psychose bei Verwandten ersten Grades oder gesicherte Psychose bei Verwandten zweiten Grades und mind. ein hochspezifisches¹ und mind. 2 weitere Risikofaktoren

oder

- d) er/sie hat **nur Prodromi:** mind. 2 hochspezifische¹ Risikofaktoren (im Screeningbogen gekennzeichnet mit einem Stern) und mind. 2 weitere Risikofaktoren

→ **Der/die Beurteilte hat deshalb ein Psychoserisiko**

8.2. Psychotische Ersterkrankung

Der Beurteilte hat derzeit die **Kriterien einer psychotischen Dekompensation** entspr. 2.3.5.2.c erfüllt, **und die Psychose wurde bisher nie diagnostiziert und behandelt**²

→ **Der/die Beurteilte hat deshalb ein Psychose-Ersterkrankung**

- 8.3. Der/die Beurteilte hat eine **vorbestehende Psychose**, welche **schon früher diagnostiziert und behandelt wurde**

- 8.4. Der/die Beurteilte hat **weder ein Psychoserisiko noch eine Psychose** (weder Ersterkrankung, noch vorbestehende Psychose)

¹ Hochspezifische Risikofaktoren: Item 1-18 des Instruments mit Stern – statt eines hochspezifischen Risikofaktors gelten alternativ jeweils auch 2 unspezifische Risikofaktoren (Item 1-18 ohne Stern)

² Als behandelt gilt, wenn ein Patient bisher mit einer Gesamtdosis von 2500 mg Chlorpromazinäquivalenz behandelt wurde. Dies entspricht einer Gesamtdosis von 50 mg Haloperidol (Haldol), 1875 mg Amisulprid (Solian), 187.5 mg Aripiprazol (Abilify), 125mg Olanzapin (Zyprexa), 1875 mg Quetiapin (Seroquel) oder 50 mg Risperidon (Risperdal). Für weitere Neuroleptika, siehe Umrechnungstabelle im IFP.

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem
Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für
Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**

Absender: _____

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit:

.....

eingesetztes Testverfahren:.....

.....

Publikation geplant in:

.....

.....

.....

Datum Unterschrift