

Checkliste ERiraos

Early Recognition Inventory

Die Checkliste umfaßt **Fragen zu 15 Symptomen**, die hinsichtlich ihres Vorhandenseins **während der letzten 12 Monate** unabhängig von der Symptombdauer mit „**ja**“ oder „**nein**“ zu beantworten sind. Die Beantwortung dieser Fragen dient der **Früherkennung** einer psychischen Erkrankung.

INTERVIEW-LEITFADEN

Die Fragen zu den Symptomen stehen auf Seite 2. Deren Reihenfolge ist als Vorschlag für ein strukturiertes Interview zu verstehen. Sofern kein Interviewer (Arzt, Psychologe, Mitarbeiter einer Beratungsstelle) zur Verfügung steht, können die Fragen vom Betroffenen auch selbst beantwortet werden.

Der Interviewer stellt zuerst die im Leitfaden fett gedruckte Frage. Sofern die Antwort noch keine eindeutige Beurteilung zuläßt, kann der Interviewer anhand weiterer Fragen – wie der **Bsp.**-Fragen im Interview-Leitfaden – differenzierter nachfragen.

Sollte der Interviewer mit der Befragung und Beurteilung der Symptome gut vertraut sein und keine Schwierigkeiten damit haben, so können die Fragen in eigenen Worten auch direkt mittels Kodierbogen (S. 3) erfragt werden.

KODIER-ANWEISUNG

Bitte kreuzen Sie zu allen Fragen (**1-15**) die jeweilige Antwort **JA** oder **NEIN** im Kodierbogen (S. 3) an. Der Kodierbogen endet mit einer allgemeinen Frage zum Symptomverlauf im vergangenen Jahr.

Auf S. 4 sind weitere Angaben zur befragten/betroffenen Person erforderlich. Es soll durch Ankreuzen der entsprechenden Frage auf S. 4 auch festgehalten werden, ob die Checkliste als Interview oder als Fragebogen durchgeführt wurde.

AUSWERTUNG UND EMPFEHLUNG

Sind ausschließlich Symptome der Gruppe **1–5** aufgetreten, so geben diese noch keinen Hinweis auf ein akut erhöhtes Psychoserisiko. Dennoch ist ein Therapieangebot erforderlich.

Die Symptome **6–10** geben einen eindeutigen Hinweis auf ein erhöhtes Psychoserisiko; weitere diagnostische Abklärung durch einen Experten ist erforderlich, der über eine Frühbehandlung entscheidet.

Die Symptome **11–15** sind Anzeichen einer beginnenden Psychose; eine diagnostische Klärung und Entscheidung über die Frühbehandlung sollte umgehend erfolgen.

**Vielen Dank für Ihr Engagement und Ihr Interesse
an der Früherkennung psychischer Erkrankungen!**

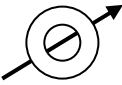
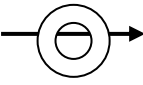

INTERVIEW-LEITFADEN

Die Fragen beziehen sich auf das Vorhandensein des jeweiligen Symptoms in den letzten 12 Monaten

- 1 ● **Sind Sie schweigsamer oder einzelgängerischer geworden? Bsp.:** Verbringen Sie Ihre Zeit lieber alleine als mit anderen zusammen? Ziehen Sie sich stärker zurück? Sprechen Sie weniger mit anderen?
- 2 ● **War bzw. ist Ihre Stimmung über Wochen hinweg bedrückt, traurig, melancholisch, niedergeschlagen, verzweifelt? Bsp.:** Haben Sie häufig geweint oder waren Sie den Tränen nahe?
- 3 ● **Hatten Sie einen schlechten Schlaf? Oder hatte Ihr Appetit oder Ihr sexuelles Interesse nachgelassen? Bsp.:** Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen, ungewohnt frühes Aufwachen. Gedanken an Essen wenig verlockend, alles schmeckt fade. Sexuelles Interesse merklich schwächer.
- 4 ● **Hatten Sie das Gefühl, daß Ihre Bewegungen oder das Sprechen und Denken deutlich langsamer geworden sind? Hat Ihre gefühlsmäßige Anteilnahme nachgelassen? Bsp.:** zu schlapp und zu kraftlos, um Alltagsaufgaben zu bewältigen; konnte nichts mehr empfinden oder nur noch ‚leere‘, unechte Gefühle
- 5 ● **Hatte Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf, bei der Arbeitssuche, deutlich nachgelassen? Bsp.:** Zeigten Sie weniger Interesse oder Engagement in Ihrer Hauptbeschäftigung, bei der Arbeitssuche? Bestand verminderte Freude am Lernen, an der Ausbildung, an der Arbeit?
- 6 ● **Kam es vor, daß Sie andauernd über bestimmte Dinge nachgrübeln mußten? Bsp.:** Dinge, die mit Gewalt oder mit sexuellen Inhalten zu tun haben; Veränderungen des Körpers, z.B. daß das Gesicht eigenartig angeschwollen sein könnte?
- 7 ● **Konnten Sie den Kontakt mit anderen Menschen noch genauso aufnehmen und aufrechterhalten wie früher? Bsp.:** Fühlten Sie sich im Umgang mit anderen Menschen unsicherer, verkrampfter und befangener als früher, obwohl das Bedürfnis nach Kontakt mit anderen Menschen besteht?
- 8 ● **Wurden Ihre Interessen oder Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig empfunden? Bsp.:** das Sammeln von eher wertlosen Dingen, die Sie früher weggeworfen haben, oder das Horten von Lebensmitteln; Selbstgespräche in der Öffentlichkeit
- 9 ● **Hatten Sie häufiger als früher den Eindruck, daß andere Sie hereinlegen, ausnutzen oder betrügen wollen? Bsp.:** Wurden Sie besonders vorsichtig oder zurückhaltend anderen Menschen gegenüber?
- 10 ● **Fühlten Sie sich häufig nervös, unruhig oder angespannt? Gerieten Sie dadurch auch manchmal über Kleinigkeiten mit anderen in Streit? Sind Sie aktiver als sonst, so daß die Meinung entstehen konnte, mit Ihnen stimme etwas nicht? Bsp.:** Hatte Ihr sexuelles Interesse zugenommen? Hatte Ihr Schlafbedürfnis abgenommen? Waren Sie deutlich früher wach als üblich? Hatte Ihr Appetit stark zugenommen? Hatten Sie das Gefühl, nicht satt zu werden, egal wieviel Sie essen?
- 11 ● **Kommt Ihnen manchmal Ihre gewohnte Umgebung verändert oder unwirklich und fremd vor? Oder hatten Sie das Gefühl, nicht Sie selbst, sondern unwirklich oder sich fremd zu sein? Bsp.:** Erscheinen Ihnen manchmal Landschaften, Tiere oder Personen besonders großartig, eindrucksvoll, ergreifend, bedrohlich, unwirklich? Hatten Sie den Eindruck, alles sei eine Nachahmung der Wirklichkeit ähnlich einer Theaterbühne. Hatten Sie ein Gefühl von Unwirklichkeit, wenn Sie sich im Spiegel betrachteten?"
- 12 ● **Haben Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen beschäftigt? Bsp.:** Haben Sie seltsame oder fremdartige Gedankengänge verfolgt? Haben Sie damit viel Zeit zugebracht?
- 13 ● **Kommt es vor, daß Ihre Gedankengänge plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört werden? Werden Ihnen manchmal Gedanken aus dem Kopf entzogen? Fühlen Sie, wie Ihre eigenen Gedanken ausstrahlen oder in andere übergehen, so daß andere Menschen wissen, was Sie denken? Werden Gedanken in Ihren Kopf gebracht, die nicht Ihre eigenen sind?"**
- 14 ● **Nehmen Sie manchmal Menschen oder Dinge in Ihrer Umwelt verändert wahr? Sahen, hörten, spürten, rochen oder schmeckten Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen konnten, für die sich aber auch keine natürliche Erklärung finden ließ? Bsp.:** Geräusche waren manchmal unnatürlich klar oder laut? Dinge oder Menschen waren in ihrer Form oder Farbe oder Größe verändert? Dinge wurden besonders deutlich und intensiv oder grell wahrgenommen? Hörten Sie manchmal, obwohl Sie allein waren, Geräusche oder Stimmen? Sahen (rochen, fühlten, schmeckten) Sie manchmal etwas, was in der Realität nicht vorhanden war?
- 15 ● **Fühlen Sie sich phasenweise von anderen ganz besonders beobachtet, verfolgt oder bedroht? Bsp.:** Haben Sie das Gefühl, dass irgendjemand versucht, Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen, Sie zu vergiften oder zu töten oder Sie in irgendeiner Weise verfolgt?

Checkliste ERiraos <small>Early Recognition Inventory</small>		Vorhandensein des jeweiligen Symptoms in den letzten 12 Monaten: ja oder nein ankreuzen	
Kodierblatt SYMPTOM		JA	NEIN
01	sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Depressive Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Reduktion der Körperfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Verlangsamung der Bewegungen; Reduktion von Energie, Affekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Reduktion von Motivation und Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Störung der Kontaktfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Absonderliches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Mißtrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	manische und dysphorische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Depersonalisation und Derealisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Beschäftigung mit geheimnisvollen Dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	präpsychotische und psychotische Denkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Beziehungsideen und paranoide Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Symptomatik hat sich im Verlauf des vergangenen Jahres insgesamt.....

....verschlimmert nicht verändert verbessert

(bitte den zutreffenden Pfeil ankreuzen)

Datum: _____

Bitte senden Sie den Fragebogen
an folgende Adresse:

Adresse/Stempel Früherkennungszentrum

Angaben zur befragten Person

PbNr. _____

Name/Vorname _____

Geburtstag _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet, anderer
(präzisieren), keine Angaben

Familienstand

ohne, Sonderschule, Hauptschule, Realschule, Fachoberschule,
Abitur, andere (präzisieren), noch in der Schule, nicht bekannt

Schulabschluß

ohne, ungelernt, Lehre, Meister/Fachschule, FH/BA, Hochschule/
Universität, andere (präzisieren), noch in Ausbildung, nicht bekannt

Berufsabschluß

Fragen zum Abschluß des Interviews

- | | | | |
|--|---|--------------------|--|
| <p>• Hat es bei Ihrer Geburt oder in der Schwangerschaft Ihrer Mutter Komplikationen gegeben?
Bsp.: Erkrankung der Mutter (z. B. Fieber), vorzeitige Wehen, lange Geburtsdauer, Frühgeburt, Steißlage, drohende Erstickung des Fötus z. B. durch Nabelschnurumschlingung, Infektionen oder Geburtsschaden des Säuglings o.ä.</p> | <p>JA</p> <p>Bitte
rechts
erläutern!</p> | <p>NEIN</p> | <p>Geburts-/Schwangerschafts-
komplikationen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>• Haben Sie einen nahen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder), der eine psychische Erkrankung hat/hatte?</p> | <p>JA</p> <p>Bitte
rechts
erläutern!</p> | <p>NEIN</p> | <p>Psychische Erkrankung
in der Familie (bitte eintragen):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>• Ist Ihnen die Art der psychischen Erkrankung/ Diagnose bei Ihrem/Ihren Verwandten bekannt?</p> | <p>JA</p> <p>Bitte
rechts
erläutern!</p> | <p>NEIN</p> | <p>Art der Erkrankung/Diagnose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>• Wurde die Checkliste als Interview durchgeführt?</p> | <p>JA</p> | <p>NEIN</p> | <p>Qualifikation des Interviewers</p> <p>_____</p> |
| <p>• Hat der Betroffene die Checkliste selbst ausgefüllt (ohne Interviewer)</p> | <p>JA</p> | <p>NEIN</p> | |