

Checkliste zur Früherkennung

Datum: _____

Die Beantwortung der folgenden 18 Fragen dient der **Früherkennung** psychischer Erkrankung. Sie stellt eine erste und sehr niederschwellige Ebene der Erfassung des Erkrankungsrisikos dar und soll – ähnlich wie bei der Messung des Blutdrucks - Menschen mit leicht erhöhten Werten die Empfehlung zu einer genaueren Untersuchung geben.

Bitte **kreuzen Sie das rechte Kästchen an**, wenn das Symptom **irgendwann während der letzten 12 Monate** vorhanden war.

1	Sind Sie schweigsamer oder einzelgängerischer geworden? Haben Sie sich von anderen Personen zurückgezogen?	<input type="checkbox"/>
2	War Ihre Stimmung über Wochen hinweg depressiv (bedrückt, traurig, melancholisch, niedergeschlagen, verzweifelt)?	<input type="checkbox"/>
3	Hatten Sie einen schlechten Schlaf (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen)? Hatte Ihr Appetit oder Ihr sexuelles Interesse nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
4	Sind Ihre Bewegungen oder das Sprechen und Denken deutlich langsamer geworden? Hat Ihre gefühlsmässige Anteilnahme nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
5	Hat Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf, bei der Arbeitssuche, deutlich nachgelassen? Kam es zu Leistungseinbussen?	<input type="checkbox"/>
6	Mussten Sie andauernd über bestimmte Dinge nachgrübeln? (die z.B. Gewalt, sexuelle Themen oder körperliche Veränderungen als Inhalt hatten)	<input type="checkbox"/>
7	Hatten Sie Schwierigkeiten, den Kontakt mit anderen Menschen noch genauso gut aufzunehmen und aufrecht zu erhalten wie früher? Fühlten Sie sich trotz des Wunsches nach Kontakt unsicherer, verkrampfter, befangener als früher?	<input type="checkbox"/>
8	Wurden Ihre Interessen oder Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig empfunden? (z.B. das Sammeln wertloser Gegenstände; Horten von Lebensmitteln; Selbstgespräche in der Öffentlichkeit)	<input type="checkbox"/>
9	Hatten Sie häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, ausnutzen oder betrügen wollen?	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>
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, z.B. beim Blick in den Spiegel?	<input type="checkbox"/>
12	Hatten Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen beschäftigt? (z.B. religiöse oder esoterische Themen)	<input type="checkbox"/>
13	Stimmt etwas mit Ihrem Denken nicht? (Gedankengänge werden plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört; Gedanken werden aus dem Kopf gezogen; die eigenen Gedanken strahlen aus; andere Menschen können Ihre Gedanken lesen; Gedanken werden in Ihrem Kopf gebracht, die nicht Ihre eigenen sind)	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>
15	Fühlen Sie sich phasenweise von anderen ganz besonders beobachtet, verfolgt oder bedroht? Versucht irgendjemand Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen?	<input type="checkbox"/>

16 Gab es bei Ihnen Tage an denen Sie deutlich mehr Energie hatten als sonst und viel leistungsfähiger waren?	<input type="checkbox"/>
17 Gab es bei Ihnen Tage an denen Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschrieten oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden?	<input type="checkbox"/>
18 Gab es bei Ihnen Tage an denen Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst, oder Sie aufgrund Ihrer gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen?	<input type="checkbox"/>

Auswertung und Empfehlung

Sind ausschliesslich Symptome der Gruppe **1 bis 5** aufgetreten, so geben diese doch möglicherweise einen Hinweis auf eine psychische Erkrankung (z.B. Depression), jedoch nicht auf ein akut erhöhtes Psychoserisiko. Dennoch ist ein Therapieangebot erforderlich.

Die Symptome **6 bis 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 bis 15** sind Anzeichen einer beginnenden Psychose; eine diagnostische Klärung und Entscheidung über die Frühbehandlung sollte umgehend erfolgen.

Die Symptome **16 bis 18** können mögliche Hinweise auf eine Bipolare Störung sein.

Ein paar Fragen zum Abschluss

Hat sich die Symptomatik im vergangenen Jahr insgesamt eher

verschlimmert?

nicht verändert?

verbessert?

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.

JA

NEIN

Art der Komplikationen:

Bitte

rechts

erläutern!

Haben Sie einen nahen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder), der eine psychische Erkrankung hat / hatte?

JA

NEIN

Ist Ihnen die Art der psychischen Erkrankung bei Ihrem/Ihren Verwandten bekannt?

JA

NEIN

Art der Erkrankung:

Bitte

rechts

erläutern!

Wurde die Checkliste als Interview durchgeführt?

JA

NEIN

Haben Sie die Checkliste selbst ausgefüllt (ohne Interviewer)?

JA

NEIN