

## „Der Weg zur Diagnose“

Alle Informationen nutzen, z.B.:

- Äußeres Erscheinungsbild
- Bildgebende Verfahren (CCT, MRT)
- Testpsychologische Verfahren
- Labordiagnostik (Blut, Liquor)

+

### ➤ **klinisches Interview**

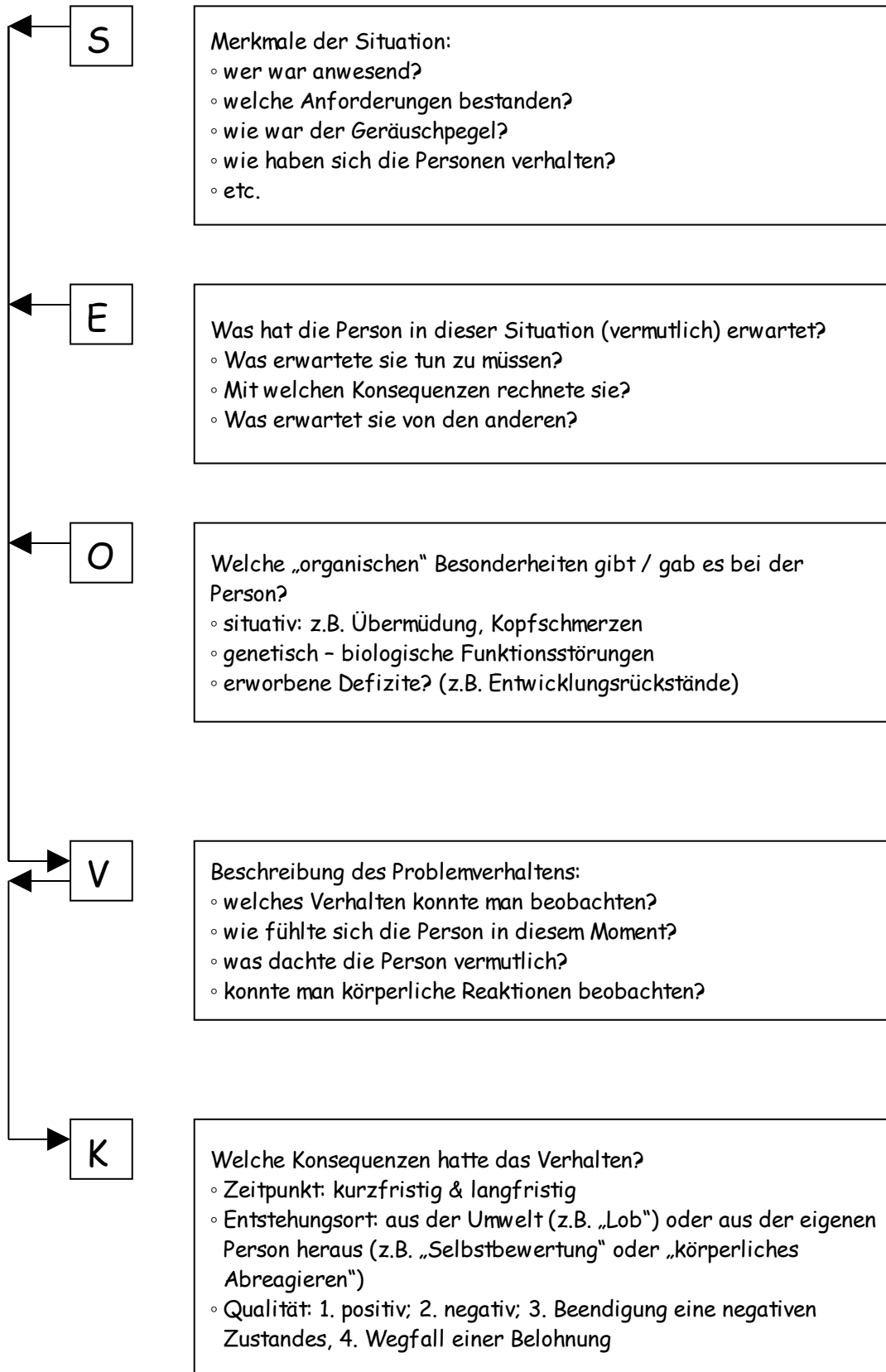
- Problemschilderung
- Lebensgeschichte
- Aktuelle Lebenssituation
- Krankheitsanamnese
- Drogenanamnese
- Sexualanamnese
- Somatischer Befund

+

### ➤ **Psychischer Befund**

- Verhalten: situativ angemessen?, flexibel?, ständige Wiederholungen?, aggressiv?, reduziert & starr?, etc.
- Denken & Sprache: geordnet?, inhaltsreich?, klebrig?, übersprudelnd?, nachvollziehbar?, etc.
- Emotion: stabile Grundstimmung?, zur Situation passend?, variabel?, Intensität angemessen?, etc.
- kognitive Funktionen: aufmerksam?, behält den „roten Faden“?, konzentriert?, kann sich erinnern?, etc.
- Wachheit & Orientierung: wach?, schläfrig?, weiß wo er ist?, etc.
- Antrieb & Psychomotorik: gesteigert?, reduziert?, maniert oder bizarr?, motorische Unruhe?, etc.
- Vegetative Funktionen: ausreichender Appetit?, guter Schlaf?

## Analyse von Verhaltensauffälligkeiten / funktionale Bedingungsanalyse:



## Screening-Fragen „Panikstörung und Agoraphobie“

1. Kommt es vor, dass die Person innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommt oder dass ihr ganz unwohl wird? (Solche Angstzustände können ganz unerwartet auftreten, sie können aber auch immer in Zusammenhang mit bestimmten Situationen wie beispielsweise im Kaufhaus, in Gesprächen mit anderen Menschen auftreten.)

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

2. Wenn die Person diese Angst hat, hat sie dann üblicherweise Empfindungen / Symptome wie...

Schätzen Sie auf der folgenden Skala den Schweregrad der typischen Symptome während des Angstanfalls ein:

0	1	2	3	4
gar nicht	ein wenig	mäßig	schwer	sehr schwer

- Herzklopfen, -rasen, -stolpern \_\_\_\_\_
- Schwitzen \_\_\_\_\_
- Zittern oder Beben \_\_\_\_\_
- Empfindungen der Kurzatmigkeit oder Atemnot \_\_\_\_\_
- Erstickungs- oder Würgegefühle \_\_\_\_\_
- Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust \_\_\_\_\_
- Übelkeit oder Magen-Darmbeschwerden \_\_\_\_\_
- Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein \_\_\_\_\_
- Gefühle der Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen \_\_\_\_\_
- Angst, Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden \_\_\_\_\_
- Angst zu sterben \_\_\_\_\_
- Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen \_\_\_\_\_
- Hitzewallungen oder Kälteschauer \_\_\_\_\_
- trockener Mund \_\_\_\_\_

3. Wie lange dauert es, bis diese Angst ganz stark ist?

Beschreiben:

---

---

4. Treten die eben beschriebenen Angstanfälle meistens unerwartet, aus heiterem Himmel auf? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

5. Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Angstanfälle besonders häufig auftreten? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

6. Hat die Person Angst oder geht sie nicht gerne an Orte wie z.B. Geschäfte, Fahrstühle, Menschenmengen? Befürchtet die Person, dass dort etwas Schlimmes oder etwas Peinliches passieren könnte (z. B. dass sie ohnmächtig wird oder dass sie Angst oder panikähnliche Symptome bekommt) ? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

7. Beschreiben sie die Situationen in denen die Person Angst hat. Wie stark werden die Situationen vermieden?

Beschreiben:

---

---

---

---

8. Unmittelbar bevor die Person das erste Mal einen Angstanfall hatte, war sie da krank oder nahm sie Medikamente oder Drogen ein? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

9. Wie stark fühlt sich die Person durch die Angstanfälle in seinem Leben, in der WfbM, in der Freizeit, im Umgang mit Freunden, usw. beeinträchtigt:

0	1	2	3	4
gar nicht	ein wenig	mäßig	schwer	sehr schwer

(Fragebogen orientiert am Kinder - DIPS, Elternfragebogen)

## Screening-Fragen „Zwangshandlungen“

1. Wiederholt die Person eine bestimmte Verhaltensweise immer wieder (obwohl sie das eigentlich nicht will)? Wäscht sie zum Beispiel immer wieder die Hände oder zählt Dinge oder kontrolliert etwas wiederholt?

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

2. Falls Ja: Was tut die Person?

Beschreiben:

---

---

---

---

---

---

---

3. Wie oft wird die Handlung ausgeführt? \_\_\_\_\_ pro Tag

4. Wie viel Zeit verwendet die Person dafür? \_\_\_\_\_ Minuten

5. Versucht die Person dieser Handlung zu widerstehen, oder hat sie anfänglich versucht, ihr zu widerstehen? Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

6. Vermeidet die Person bestimmte Situationen oder Gegenstände, weil sie dazu führen könnten, dass sie die Handlung wieder ausführen muss?

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

7. Wie reagiert die Person, wenn sie bei den Handlungen unterbrochen wird, bzw. diese nicht ausführen kann?

---

---

---

---

---

---

---

8. Wie ängstlich fühlt sich die Person, wenn es diese Handlungen unterlässt oder sie nicht ausführen kann?

0

1

2

3

4

keine Angst

leichte Angst

mäßige Angst

schwere Angst

sehr schwere Angst

9. Was denkt die Person (vermutlich), was passieren würde, wenn sie diese Handlungen nicht ausführen würde?

Beschreiben:

---

---

10. Wie stark fühlt sich die Person durch die Handlung gestört? Zu welchen Problemen führt dies auf der Arbeit, im Wohnheim, beim Umgang mit anderen Menschen?

Beschreiben:

---

---

---

11. Wann ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten?

---

---

12. Was geschah zu dieser Zeit in ihrem Leben?

Beschreiben:

---

---

---

(Fragebogen orientiert am Kinder - DIPS, Elternfragebogen)

## Screening-Fragen „Schizophrenie“

1. Haben sich die kognitiven Fähigkeiten der Person verändert bzw. verschlechtert?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

2. Hat sie beispielsweise Schwierigkeiten, eigentlich vertraute Handlungen selbständig durchzuführen? Verliert sie den roten Faden? Ist sie besonders leicht ablenkbar?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Falls ja, bitte beschreiben:

---

---

---

3. Sind die Gedankengänge der Person inhaltlich auffällig? Berichtet die Person z.B. „verrückte“ Gedanken, wie: „verfolgt zu werden“ oder „besondere Kräfte“ zu haben?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Falls ja, bitte beschreiben:

---

---

---

---

4. Ist die Person beunruhigt über eigentlich nicht gefährliche Ereignisse, z.B. über die Autos, die vor dem Haus parken?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

5. Ist der Gedankengang ungeordnet? Gehen die Gedanken „wild durcheinander“?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

6. Spricht die Person nur noch wenig bzw. überhaupt nicht mehr?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

7. Erscheint das Verhalten situativ losgelöst oder ansonsten sehr merkwürdig?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Falls ja, bitte beschreiben:

---

---

---

---

8. Vernachlässigt die Person die Körperhygiene oder das äußere Erscheinungsbild?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Falls ja, seit wann?

---

9. Erscheint der emotionale Ausdruck situationsangemessen?

Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Falls nein, bitte beschreiben:

---

---

---

## Screening-Fragen „Depression“

1. Gab es schon einmal eine Zeit, in der die Person über eine längere Zeit hinweg ganz traurig war oder aber auch ganz ärgerlich, gereizt und unzufrieden mit allem war?

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

2. Gab es schon einmal eine Zeit, in der die Person das Interesse an den meisten Dingen, die es sonst gerne macht, verloren hat?

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

Wie ist es zur Zeit?

Beschreiben:

---

---

---

3. Wann war/seit wann ist das so?

Beschreiben:

---

---

4. Gab es schon mehrere solcher Phasen, in denen die Person sich so gefühlt hat?

Ja\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_

Beschreiben (erste Phase, schwerste Phase, weitere Phasen):

---

5. Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome während der gegenwärtigen oder letzten und der schwersten Episode (mindestens zwei Wochen) auf einer Skala von 0-4 ein:

0	1	2	3	4
gar nicht	ein wenig	mäßig	schwer	sehr schwer

6. Mag die Person dann auch gar nichts mehr essen, oder isst sie dann ganz viel? Hat sie an Gewicht zu- oder abgenommen? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
7. Wie ist dann ihr Schlaf? Schläft sie dann ganz wenig oder ganz viel? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
8. Ist die Person dann sehr unruhig, oder umgekehrt, fällt es ihr dann schwer, sich überhaupt zu bewegen, so dass sie nur noch dasitzt und nichts mehr tut? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
9. Ist die Person dann ganz erschöpft, müde und ohne Energie? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
10. Fühlt sich die Person dann wertlos; oder hat sie Schuldgefühle, die sie eigentlich gar nicht zu haben braucht?. Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
11. Fällt es der Person dann schwer, sich (z.B. in der WfbM) zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
12. Denkt die Person dann öfters an den Tod oder daran, sich etwas anzutun; oder hat sie schon einmal einen Selbstmordversuch begangen? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
13. Ist die Person an solchen Tagen den größten Teil des Tages traurig und interessenlos? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
14. Als diese traurige oder gereizte Stimmung anfang, war die Person da krank, oder nahm sie (neue) Medikamente oder Drogen ein? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_
15. Bevor diese Stimmung begann, ist da eine der Person wichtige Person (z.B. ein Familienangehöriger) gestorben, und war die Person deswegen traurig? War sonst etwas Außergewöhnliches passiert? Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

(Fragebogen orientiert am Kinder - DIPS, Elternfragebogen)