

EUROPEAN ADDICTION SEVERITY INDEX

EuropASI

<u>Instruktionen</u>	<u>Schweregrad-Ratings</u>	<u>Zusammenfassung der Einstufungsskala für Patienten</u>
<p>1. Keine Lücken lassen. Wenn notwendig, bitte folgendermaßen codieren: X = Frage nicht beantwortet N = Frage nicht geeignet</p> <p>2. Für zusätzliche Kommentare wurde am Ende der Abschnitte Platz gelassen.</p>	<p>Die Schweregrad-Ratings sind Einschätzungen des Interviewers über den Bedarf des Patienten an zusätzlicher Behandlung. Die Skala reicht von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation). Jede Beurteilung basiert auf der Symptomgeschichte des Patienten, auf den derzeitigen Umständen sowie auf der subjektiven Beurteilung seiner Behandlungsbedürfnisse in einem bestimmten Problembereich. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrad-Ratings finden Sie im Manual.</p> <p>Wichtig: Die Schweregrad-Ratings sind fakultativ.</p>	<p>0 - gar nicht 1 - wenig 2 - mittel 3 - erheblich 4 - extrem</p>

© Deutsche Version: B. Gsellhofer, E.-M. Fahrner, D. Weiler, M. Vogt & U. Hron (IFT Institut für Therapieforchung) und J. Platt (Hahnemann University); nach dem amerikanischen Original von T. McLellan, 5. Ed., 1992, und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, E.-M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta & A. Uchtenhagen, 1993.

Fassung vom 03.03.1997

Allgemeine Angaben

A. Patienten- Code

B. Art der Behandlung/Einrichtung

- 1 - ambulante Entgiftung
- 2 - stationäre Entgiftung
- 3 - Substitution
- 4 - ambulante Suchteinrichtung
- 5 - stationäre Suchteinrichtung
- 6 - Tagesbetreuung
- 7 - psychiatrische Klinik
- 8 - andere Klinik/andere Station
- 9 - andere Behandlung
- 0 - keine Behandlung

C. Datum der Aufnahme

D. Zeit Beginn des Interviews

E. Zeit Ende des Interviews

F. Kontakt

- 1 - persönlich
- 2 - telefonisch

Interviewer Code-Nr

Besonderheiten

- 1 - Patient bricht ab
- 2 - Patient weigert sich
- 3 - Patient ist unfähig zu antworten

1. Größe des Wohnorts

- 1 - Großstadt (> 100.000 Einwohner)
- 2 - mittelgroße Stadt (10 - 100.000 Einwohner)
- 3 - Kleinstadt (< 10.000 Einwohner)

2. Stadt Code (Postleitzahl)

3. Wie lange leben Sie schon unter Ihrer derzeitigen Adresse?

Jahre

Monate

4. Gehört dieser Wohnsitz Ihnen oder Ihrer Familie?

0 - nein

1 - ja

5. Alter

6. Staatsangehörigkeit: _____

7. Geburtsland (Codierung wie in Frage 6)

des Patienten _____
des Vaters _____
der Mutter _____

8. Befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?

- 1 - nein
- 2 - Straf-/Untersuchungshaft
- 3 - stationäre Suchteinrichtung (Alkohol/Drogen)
- 4 - stationäre medizinische Behandlung
- 5 - stationäre psychiatrische Behandlung
- 6 - Entgiftung
- 7 - andere, welche: _____

9. Wieviele Tage befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?



KÖRPERLICHER ZUSTAND

1. Wie oft in Ihrem Leben waren Sie aufgrund von körperlichen Problemen stationär in einem Krankenhaus untergebracht? (*einschließlich Überdosis und Delirium Tremens, ausschließlich Entgiftung*)

2. Wie lange liegt Ihr letzter Krankenhausaufenthalt wegen eines körperlichen Problems zurück?

3. Haben Sie gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder störend beeinflussen?

0 - nein

1 - ja

wenn ja, welche:

4. Hatten Sie schon einmal eine Hepatitis-Infektion?

0 - nein

1 - ja

2 - ich weiß nicht

3 - Antwort verweigert

5. Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt?

0 - nein

1 - ja

2 - ich weiß nicht

3 - Antwort verweigert

6. Wenn ja, wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?

Monate

7. Wie war das letzte Testergebnis?

0 - HIV-negativ

1 - HIV-positiv

2 - ich weiß nicht

3 - Antwort verweigert

8. Nehmen Sie regelmäßig aufgrund einer körperlichen Erkrankung verschriebene Medikamente zu sich?

0 - nein

1 - ja

wenn ja, welche:

9. Erhalten Sie eine Rente aufgrund von körperlichen Problemen? (*psychische Probleme ausgeschlossen*)

0 - nein

1 - ja

wenn ja, wofür:

10. Waren Sie während der letzten sechs Monate wegen eines körperlichen Problems bei einem Arzt in Behandlung?

0 - nein

1 - ja

11. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?

*Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die
Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.*

12. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt?

13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme?

Schweregrad-Rating (Interviewer)

14. Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

15. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

16. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

Kommentare

ARBEITS- UND UNTERHALTSSITUATION

1. Abgeschlossene Schulbildung in Jahren

Jahre

2. Höhere Schulbildung (FH/Universität)

Jahre

3. Höchster erzielter Abschluß

1 - Hauptschulabschluß

2 - Mittlere Reife

3 - Abitur

4 - Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie

5 - Hochschulabschluß

6 - keiner

3A. Haben Sie eine Berufsausbildung?

0 - nein

1 - ja

wenn ja, Beruf

4. Haben Sie eine gültige Fahrerlaubnis?

0 - nein

1 - ja

[Einfügen von Erläuterungen]

Arbeitssituation: Frage 5 und 6

5. Wie lange dauerte Ihre längste Beschäftigung in Festanstellung?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahre		Monate	

6. Wie lange dauerte Ihre längste Arbeitslosigkeit?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahre		Monate	

7. Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit

welche

8. Überwiegende Erwerbstätigkeit in den letzten drei Jahren

1 - ganztags

2 - Teilzeit (regelmäßig)

3 - Teilzeit (unregelmäßig, Gelegenheitsarbeit)

4 - Schüler, Student, Auszubildender

5 - Bundeswehr, Zivildienst

6 - Rentner, Behinderter

7 - arbeitslos

8 - in geschlossener Einrichtung (Krankenhaus, Gefängnis, Therapie o.ä.)

9 - Hausfrau

9. Wieviele Tage haben Sie während der letzten 30 Tage gearbeitet? (*ausschließlich Dealen, Prostitution oder andere illegale Tätigkeiten*)

Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen?

0 - nein

1 - ja

10. Erwerbstätigkeit

11. Arbeitslosengeld bzw. -hilfe

12. Sozialhilfe

13. Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld

14. Unterstützung durch den Partner, Angehörige
oder Freunde

15. illegale Einkünfte

16. Prostitution

17. andere Einkünfte

18. Welches ist die Hauptquelle Ihres Lebensunterhalts?

(Code 10 - 17)

19. Haben Sie Schulden?

0 - nein

1 - ja

wenn ja, Betrag

20. Wieviele Menschen sind bezüglich Ernährung, Wohnung usw. hauptsächlich auf Sie angewiesen?

21. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme/Probleme wegen Arbeitslosigkeit?

Bei den Fragen 22 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

22. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt?

23. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Beratung wegen Ihrer beruflichen Probleme?

Schweregrad-Rating (Interviewer)

24. Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein
1 - ja

26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein
1 - ja

Kommentare

Drogen- und Alkoholgebrauch (Erklärung der Kriterien, bei Alkohol Unterscheidung zwischen jeglicher Gebrauch und Gebrauch bis zur Trunkenheit erklären)

DROGEN- UND ALKOHOLGEBRAUCH

	Alter bei erstem Gebrauch (ab ca. 3x pro Woche)	Jahre des Gebrauchs insgesamt	Gebrauch in den letz- ten 30 Tagen	Art und Weise der Einnahme
1. Alkohol jeglicher Gebrauch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Alkohol, Gebrauch bis zur Trunkenheit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Methadon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. andere Opiate/Analgetika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Tabletten, Säfte (Benzodia- zepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquilizer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Kokain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Amphetamine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Cannabinoide	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Halluzinogene	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Schnüffelstoffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. andere Substanzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. mehr als eine Substanz pro Tag (einschl. Alkohol)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Items 2-12				

Anmerkung: Siehe Manual für repräsentative Beispiele für jede Drogenart.

Art und Weise der Einnahme:

1 - oral

2 - nasal

3 - Rauch

4 - nicht-i.v. inj.

5 - i.v. inj.

14. Haben Sie je injiziert?

0 - nein

1 - ja

14A.

Alter bei
erster Injektion

Jahre d. Gebrauchs
insgesamt

jegliche i.v.-Injektion
Gebrauch letzte
6 Monate

Gebrauch letzte
30 Tage

Jahre
Jahre
Monate
Tage

14B. Wenn ja, haben Sie in den letzten sechs Monaten

- 1 - ausschließlich eigene saubere Nadeln benutzt
- 2 - manchmal die Nadel mit anderen geteilt
- 3 - oft die Nadel mit anderen geteilt

15. Wie oft in Ihrem Leben hatten Sie
ein Alkohol-bedingtes Delirium Tremens
eine Drogenüberdosis
16. Wie oft haben Sie folgende Behandlungen erhalten?
- | | Alkohol | Drogen |
|----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1 - ambulante Entgiftung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 - stationäre Entgiftung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 - Substitution | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 - ambulante Suchteinrichtung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 - stationäre Suchteinrichtung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 - Tagesbetreuung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7 - Psychiatrische Klinik | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8 - andere Klinik/andere Station | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9 - andere Behandlung | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
17. Wie lange waren Sie als Resultat o.g. Behandlungen längstens clean bzw. abstinent? (00 - nie abstinent)
- | | | |
|--|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Monate | Monate |
| | Alkohol | Drogen |
18. Welche Substanz stellt das Hauptproblem dar?
Bitte codieren Sie wie oben, oder: 00 - kein Problem, 15 - Alkohol und Droge (doppelabhängig), 16 - mehrere Drogen (politoxikoman). Wenn unklar, bitte Patient fragen.
-
19. Wie lange waren Sie freiwillig clean bzw. abstinent, ohne daß dies das Resultat von o.g. Behandlungen war? (00 - nie abstinent)
- Monate
20. Vor wievielen Monaten endete diese Abstinenz?
(00 - noch abstinent)
- Monate
21. Wieviel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen ausgegeben für
- | | | |
|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Alkohol | DM | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Drogen | DM | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
22. Wieviele Tage wurden Sie in den letzten 30 Tagen in einer Drogen- oder Alkoholeinrichtung ambulant behandelt? (einschließlich Anonyme Alkoholiker und Anonyme Drogenabhängige)
-
- 22A. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- oder Drogenverlangen gespürt?
- 0 - nie
1 - selten (weniger als einmal pro Woche)
2 - häufig (einmal und mehr pro Woche)

22B. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Beschwerden, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten, gespürt? (z.B. innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)

- 0 - nie
- 1 - selten (weniger als einmal die Woche)
- 2 - häufig (einmal und mehr die Woche)

22C. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Erscheinungen, die Sie an Drogen- oder Alkoholwirkungen erinnern könnten, gespürt? (z.B. körperliche Wärmeempfindung, trockener Mund, bitterer Geschmack, Trockenrausch)

- 0 - nie
- 1 - selten (weniger als einmal die Woche)
- 2 - häufig (einmal und mehr die Woche)

23. An wievielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen

- Alkoholprobleme
- Drogenprobleme

Bei den Fragen 24 und 25 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

24. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?

- Alkoholprobleme
- Drogenprobleme

25. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Therapie Ihrer

- Alkoholprobleme
- Drogenprobleme

Schweregrad-Rating (Interviewer)

26. Bedarf des Patienten an einer Therapie des Drogen- bzw. Alkoholmißbrauchs

- Alkoholmißbrauch
- Drogenmißbrauch

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

27. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

- 0 - nein
- 1 - ja

28. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

- 0 - nein
- 1 - ja

Kommentare

RECHTLICHE PROBLEME

1. Gibt es für Ihre Behandlung eine Rechtsgrundlage? (Wurde diese Behandlung von einem Richter/ Bewährungshelfer usw. vorgeschlagen oder veranlaßt?)

0 - nein

1 - ja

2. Haben Sie Bewährung?

0 - nein

1 - ja

Wie häufig in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

3. BtM-Delikte
(Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen)
welche:

4. Beschaffungsdelikte in Zusammenhang mit
(Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-) Sucht
(z.B. Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung, Betteln)
welche:

5. Gewalttaten unter Alkohol-, Drogen- oder
Medikamenteneinfluß (z.B. Körperverletzung,
Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung,
Totschlag, Mord)
welche:

6. sonstige Delikte
welche:

7. Wieviele dieser Anklagen resultierten in einer Verurteilung?

Welche Urteile/Verwaltungsbeschlüsse wurden jemals ausgesprochen?

0 - nein

1 - ja

- 7A. trifft nicht zu

- 7B. Geldstrafen

- 7C. Führerscheinentzug

- 7D. Widerruf einer Bewährung

- 7E. Freiheitsstrafe mit Bewährung

- 7F. Freiheitsstrafe ohne Bewährung

- 7G. Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung

- 7H. Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik

- 7I. sonstige Urteile

Wie oft in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

8. ordnungswidriges Verhalten, Landstreicherei, Trunkenheit in der Öffentlichkeit
9. Prostitution
10. Trunkenheit am Steuer
11. gravierende Verkehrsdelikte (Geschwindigkeitsübertretung, Fahren ohne Führerschein usw.)
12. Wieviele Monate in Ihrem Leben waren Sie insgesamt in Untersuchungs- oder Strafhaft?
Monate
13. Wie lange dauerte Ihre längste Inhaftierung?
Monate
14. Wofür waren Sie inhaftiert?
(Codes wie bei Frage 3-6 und 8-11. Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste codiert.)
15. Erwarten Sie zur Zeit eine Anklage, Verhandlung oder ein Urteil?
0 - nein
1 - ja
16. Wofür? (Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste codiert.)
17. Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft?
18. Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt?

Bei den Fragen 19 und 20 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

19. Wie ernst sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme? (ausschließlich zivilrechtliche Probleme)
20. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Rechtsberatung?

Schweregrad-Rating (Interviewer)

21. Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

22. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?
0 - nein

1 - ja

23. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

Kommentare

-

FAMILIE / SOZIALBEZIEHUNGEN

1. Familienstand

1 - verheiratet

2 - wiederverheiratet

3 - verwitwet

4 - getrennt lebend

5 - geschieden

6 - ledig

2. Wie lange besteht dieser Familienstand schon? (*Wenn nie verheiratet, seit dem 18. Lebensjahr*)

Jahre				Monate			

3. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden?

0 - nein

1 - gleichgültig

2 - ja

4. Wohnsituation in den letzten drei Jahren

1 - mit Lebensgefährtin/in und Kindern

2 - mit Lebensgefährtin/in allein

3 - mit Kindern allein

4 - mit Eltern

5 - mit Familienangehörigen

6 - mit Freunden

7 - alleine

8 - in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, Gefängnis usw.)

9 - keine feste Wohnsituation

5. Wie lange besteht diese Wohnsituation schon?

(*Wenn mit Eltern oder Familie, seit dem 18. Lebensjahr*)

Jahre				Monate			

6. Sind Sie mit dieser Wohnsituation zufrieden? |_|
- 0 - nein
1 - gleichgültig
2 - ja
- 6A. Leben Sie mit jemand zusammen, der/die derzeit Alkoholprobleme hat? |_|
- 0 - nein
1 - ja
- 6B. Leben Sie mit jemand zusammen, der/die derzeit Drogen konsumiert? |_|
- 0 - nein
1 - ja
- 6C. Auf wieviele Personen können Sie sich im Ernstfall verlassen? |_|
- 1 - keine
2 - bis drei Personen
3 - mehr als drei Personen
- 6D. Diese Personen sind |_|
- 0 - aus der Szene
1 - keine Drogenkonsumenten
7. Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? |_|
- 1 - Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
2 - Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
3 - Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
4 - Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
5 - alleine
- 7A. Wieviele Freizeitaktivitäten haben Sie? |_|_|
- 7B. Langweilen Sie sich oft? |_|
- 0 - nein
1 - ja
8. Sind Sie damit zufrieden, wie Sie Ihre Freizeit verbringen? |_|
- 0 - nein
1 - gleichgültig
2 - ja
9. Wie viele gute Freunde haben Sie? |_|_|

Anweisungen für 9A - 18:

Codieren Sie mit:

"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie

"1" wenn Ja für ein Mitglied dieser Kategorie

"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"

"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

9A. Mit welcher der folgenden Personen hatten Sie eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben?

Mutter	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>
Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/>
Lebensgefährte/in, Gatte/in	<input type="checkbox"/>
Kind/er	<input type="checkbox"/>
Freund/in	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie bedeutsame Phasen, in denen Sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit den folgenden Personen auszukommen?

0 - nein

1 - ja

		letzte 30 Tage	insgesamt
10. Mutter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Brüder/Schwestern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lebensgefährte/in, Gatte/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kind/er		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. andere wichtige Familienmitglieder welche:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. gute Freunde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nachbarn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kollegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat eine dieser Personen (10-18) Sie mißbraucht?

0 - nein

1 - ja

18A. emotional (durch harte Worte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18B. physisch (körperlich Schaden zugefügt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18C. sexuell (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit		
Ihrer Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderen Personen (ausschließlich Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den Fragen 20 - 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

20. Familienprobleme	<input type="checkbox"/>
21. Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung oder Beratung wegen

22. Familienproblemen
23. Problemen mit Ihrer sozialen Umgebung

Schweregrad-Rating (Interviewer)

24. Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung.

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?
26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

Kommentare

FAMILIÄRER HINTERGRUND

Hatte einer Ihrer Verwandten Ihrer Meinung nach ein ernsthaftes Alkohol-, Drogen- oder psychisches Problem, das entweder behandelt wurde oder behandelt hätte werden sollen?

Mütterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Väterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschwister

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Bruder #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codieren Sie mit:

"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie

"1" wenn Ja für ein Mitglied der Kategorie

"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"

"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

Codieren Sie das problematischste Mitglied, wenn es mehrere Mitglieder einer Kategorie gibt.

Kommentare

Psychischer Status: Erklärung, welche Items sich auf bedeutsame Zeitspannen beziehen und welche auch bei kurzfristigem Auftreten notiert werden sowie Erklärung, welche Items auf Zeiträume beschränkt sind, in denen der Patient drogenfrei war.

PSYCHISCHER STATUS

1. Wie oft waren Sie wegen psychischer oder emotionaler Probleme in Behandlung?

stationär
ambulant

2. Erhalten Sie eine Rente wegen eines psychischen Problems?

0 - nein
1 - ja

- 2A. Wieviele der folgenden belastenden Ereignisse (positiv oder negativ) haben Sie im letzten halben Jahr erlebt?

1 - Verlust des Arbeitsplatzes
2 - neuer Arbeitsplatz
3 - Prüfung
4 - Verlust oder Wechsel der Wohnung
5 - Ende einer persönlichen Beziehung / neue Beziehung
6 - Heirat
7 - Geburt eines Kindes
8 - Krankheit, Unfall, Behinderung / Genesung von einer Krankheit oder einem Unfall
9 - Rückfall
10 - Gerichtsverhandlung, Verhaftung, Verurteilung
11 - Entlassung aus der Untersuchungs- oder Strafhaft
12 - Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung
13 - HIV-Testergebnis erfahren
14 - sonstiges Ereignis

Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten (nicht als direktes Resultat eines Drogen- oder Alkoholmißbrauchs)?

0 - nein
1 - ja

	letzte 30 Tage	insgesamt
3. schwere Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. schwere Angst- und Spannungszustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Selbstmordversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10A. Wie oft haben Sie Selbstmordversuche unternommen?

11. An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten?

Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

12. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Problemen in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet?

13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme?

Die folgenden Punkte werden vom Interviewer vervollständigt.

Zum Zeitpunkt des Interviews hat / ist der Patient

0 - nein

1 - ja

- | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 14. | offensichtlich depressiv/zurückgezogen | <input type="checkbox"/> |
| 15. | offensichtlich feindselig | <input type="checkbox"/> |
| 16. | offensichtlich ängstlich/nervös | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Schwierigkeiten mit der Realitätsprüfung,
Denkstörungen, paranoides Denken | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Schwierigkeiten mit Verständnis,
Gedächtnis, Konzentration | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Selbstmordgedanken | <input type="checkbox"/> |

Schweregrad-Rating (Interviewer)

20. Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

21. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

22. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

Kommentare

Schweregrad-Profil

Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
körperliche										
Arbeit/Unterhalt										
Alkohol										
Drogen										
rechtliche										
familiäre/soziale										
psychische										

- 0-1 *kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich*
 2-3 *leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig*
 4-5 *mittleres Problem, Behandlung empfohlen*
 6-7 *beträchtliches Problem, Behandlung notwendig*
 8-9 *extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich*