

Forschungsberichte

FORSCHUNGSBERICHTE DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOTHERAPIE



W. Tschacher
Z. Kupper

**Tagesbogen zur Einschätzung der
Psychopathologie (TEP)**

NR. 09-2

Tagesbogen zur Einschätzung der Psychopathologie (TEP)

Wolfgang Tschacher und Zeno Kupper

Inhalt:

- 1. Zusammenfassung**
- 2. TEP: Der Tagesbogen (Version 1.7)**
- 3. Das TEP-Manual: Allgemeine Beschreibung der Abstufung der Skalen**
- 4. Das TEP-Manual: Beschreibung der Stufen der einzelnen TEP-Items**
- 5. Einsatzmöglichkeiten und psychometrische Befunde**
- 6. Literatur**

Prof. Dr. phil. Wolfgang Tschacher

Dr. phil. Zeno Kupper

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Abteilung für Psychotherapie

Laupenstrasse 49

CH-3010 Bern, Schweiz

tschacher@spk.unibe.ch

kupper@spk.unibe.ch

1. Zusammenfassung

Der Tagesbogen zur Einschätzung der Psychopathologie (TEP) ist ein Instrument, mit dessen Hilfe Betreuungspersonen und Therapeuten eine Einschätzung der symptomatischen Belastung psychiatrischer Patienten vornehmen können. Der TEP wurde mit dem Ziel entwickelt, den Zustand eines Patienten über den Verlauf eines Tages hinweg abzubilden; es war somit Ziel bei der Konstruktion des Tagesbogens, für tägliche Fluktuationen sensitiv zu sein. Auf diese Weise soll es ermöglicht werden, Zeitreihen der Psychopathologie eines Individuums zu generieren.

Der TEP besteht aus 10 Items (Halluzinationen; Wahn; Formale Denkstörung; Erregung; Feindseligkeit; Depression; Ambivalenz; Angst; Affektverflachung; Apathie). Diese werden jeweils auf einer siebenstufigen Skala (von „nicht vorhanden“ bis „extrem“) eingeschätzt.

Bei der Testkonstruktion wurde in erster Linie daran gedacht, Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis einzuschätzen. Der TEP wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts des Schweizerischen Nationalfonds im Jahr 2000 entwickelt (SNF 32-55954). Die Items des TEP lehnen sich inhaltlich und bezüglich der Skalierung an ausgewählte Items aus der „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS, Kay *et al.*, 1987) an. Damit wird die Vergleichbarkeit von Verlaufsuntersuchungen mit Hilfe des Tagesbogens einerseits und Querschnittsuntersuchungen mit Hilfe des PANSS oder vergleichbarer Instrumente andererseits sicher gestellt. Die Itemdefinitionen und Ankerpunkte des PANSS wurden neu übersetzt, umformuliert und an die Bedingungen täglicher Einschätzungen angepasst.

In den vergangenen Jahren wurden mit Hilfe des TEP mehrere hundert Patienten mit psychotischen Störungen routinemässig über den gesamten Verlauf ihrer stationären psychiatrischen Behandlung monitorisiert. Weiterhin wurde der Tagesbogen auch bei der allgemeinpsychiatrischen Klientel einer (teilstationären) Akuttagesklinik erfolgreich eingesetzt.

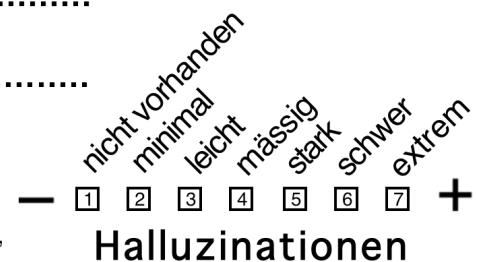
Tagesbogen zur Einschätzung der Psychopathologie TEP

Name: Vorname:

Datum: Wochentag:

Beurteiler/In:

Aussagen und/oder Verhalten zeigen Sinneswahrnehmungen an, obschon für Außenstehende keine entsprechenden Reize ersichtlich sind. Dies kann verschiedene Sinnesbereiche betreffen: Hören, Wahrnehmungen des eigenen Körpers, Sehen, Riechen, Schmecken. Je nach Schweregrad sind Fühlen, Denken und Verhalten beeinträchtigt.



Halluzinationen

Unbegründete, unrealistische und eigentümliche Überzeugungen. Wahnideen können von der Person formuliert oder aus ihrem Verhalten erschlossen werden. Je nach Schweregrad sind Wahnideen unterschiedlich zahlreich, systematisiert, stabil und beeinflussen oder beeinträchtigen das Denken, Verhalten und die sozialen Beziehungen. Beispiele: Verfolgungswahn, Beziehungsideen, „Gedankenlesen“, Beeinflussungswahn, Größenwahn.



Wahn

Desorganisierter Denkprozess, charakterisiert durch Unterbrechung zielgerichteter Abfolgen von Gedanken. Beispiele: Umständlichkeit, Vorbeireden, Lockerung der Assoziationen, Sprunghaftigkeit, grob unlogisches Denken oder Sperrungen (Gedankenblockaden). Diese Beeinträchtigungen des Denkprozesses zeigen sich im verbalen Ausdruck.



Formale Denkstörung

Überaktivierung, die sich in beschleunigtem motorischen Verhalten und/oder Sprechen, stärkerer Reaktion auf Reize, Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit) oder übermässiger Stimmungslabilität (wechselhafte und instabile Gestimmtheit) widerspiegelt.



Erregung

Verbaler und nicht-verbaler Ausdruck von Ärger und Groll. Beispiele: Gereiztheit, Person wirkt bedrohlich, Respektlosigkeit, beissender Spott, passiv-aggressives Verhalten, Drohungen, Beschimpfungen, Tätilichkeiten.



Feindseligkeit

Gefühl der Traurigkeit, Entmutigung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Pessimismus. Die depressive Stimmung kann sich in Aussagen der Person, in Mimik (Gesichtsausdruck), Körperhaltung, Weinen, Appetit- und Schlafstörungen zeigen.



Depression

Gleichzeitiges Bestehen widersprüchlicher Wünsche, Pläne, Absichten und Impulse, was das Denken, die Sprache, den sozialen Austausch und das motorische Verhalten beeinträchtigen kann. Beispiele: Unschlüssigkeit, Hin- und Herschwanken, Störung des Willens bis hin zur Blockierung willentlicher Handlungen.



Ambivalenz

Erleben von Nervosität, Besorgnis, Erwartungsangst oder Unruhe, welche von übermässiger Besorgtheit über Gegenwart und Zukunft bis zu Panik reicht. Die Person berichtet davon. Die Angst kann sich zusätzlich auch körperlich zeigen (z.B. Zittern, Schwitzen, Herzklopfen).



Angst

Verminderte emotionale Ansprechbarkeit, charakterisiert etwa durch die Abnahme der Mimik (Gesichtsausdruck), der Flexibilität von Gefühlen und der Gestik (Ausdrucksbewegungen). Der emotionale Ausdruck erscheint je nach Schweregrad eingeschränkt, flach, maskenhaft, hölzern.



Affektverflachung

Fehlen von Interesse, Anteilnahme und emotionaler Bindung an die Lebensereignisse. Passivität, Energielosigkeit oder fehlende Motivation vermindern das Interesse und die Initiative im sozialen Austausch. Dies zeigt sich in verminderter sozialer Einbindung und in der Vernachlässigung von Aktivitäten des Alltagslebens.



Apathie

3. Allgemeine Beschreibung der Abstufung der Skalen

Manual

Tagesbogen zur Einschätzung der Psychopathologie TEP

1 **Nicht vorhanden**

- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Klar vorhanden, aber beeinflusst oder beeinträchtigt nur wenig das Funktionieren im Alltag.
- 4 **Mäßig:** Ernsthaftes Problem, das entweder nur gelegentlich vorhanden ist oder nur in bescheidenem Ausmass störende Auswirkungen auf das tägliche Leben hat.
- 5 **Stark:** Auffallend, mit deutlich störenden Auswirkungen auf das Funktionieren, jedoch nicht alles beherrschend. Die störenden Auswirkungen sind jedoch gewöhnlich willentlich kontrollierbar.
- 6 **Schwer:** Stark pathologisch, sehr häufig vorhanden, mit stark beeinträchtigenden Auswirkungen auf das Funktionieren, macht Betreuung deutlich notwendig.
- 7 **Extrem:** Höchster Schweregrad der Psychopathologie, mit drastischen Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche, enge Betreuung und Überwachung sind notwendig.

4. Beschreibung der Stufen der einzelnen TEP-Items

HALLUZINATIONEN

Aussagen und/oder Verhalten zeigen Sinneswahrnehmungen an, obschon für Aussenstehende keine entsprechenden Reize ersichtlich sind. Dies kann verschiedene Sinnesbereiche betreffen: Hören, Wahrnehmungen des eigenen Körpers, Sehen, Riechen, Schmecken. Je nach Schweregrad sind Fühlen, Denken und Verhalten beeinträchtigt.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Eine oder zwei klar ausgeformte, aber selten auftretende Halluzinationen oder aber eine Anzahl von vagen, abnormen Wahrnehmungen, die nicht zu einer Verzerrung des Denkens oder Verhaltens führen.
- 4 **Mäßig:** Halluzinationen sind häufig, aber nicht andauernd vorhanden. Denken und Verhalten der Person sind nur geringfügig beeinträchtigt.
- 5 **Stark:** Halluzinationen sind häufig, können mehr als einen Sinnesbereich betreffen und können zu einer Verzerrung des Denkens und/oder Zerrissenheit des Verhaltens führen. Die Person mag diese Erfahrungen wahnhaft interpretieren, und gefühlsmässig und gelegentlich verbal darauf reagieren.
- 6 **Schwer:** Halluzinationen sind fast dauernd vorhanden und führen zu erheblicher Zerrüttung des Denkens und Verhaltens. Die Leistungsfähigkeit ist durch häufiges emotionales und verbales Reagieren auf Halluzinationen beeinträchtigt.
- 7 **Extrem:** Die Person ist fast dauernd mit Halluzinationen beschäftigt, die das Denken und Verhalten dominieren. Sie interpretiert die Halluzinationen starr und wahnhaft, und reagiert verbal und im Verhalten darauf, bis hin zum Gehorsam gegenüber Befehlshalluzinationen.

WAHN

Unbegründete, unrealistische und eigentümliche Überzeugungen. Wahnideen können von der Person formuliert oder aus ihrem Verhalten erschlossen werden. Je nach Schweregrad sind Wahnideen unterschiedlich zahlreich, systematisiert und stabil und beeinflussen oder beeinträchtigen das Denken, Verhalten und die sozialen Beziehungen. Beispiele: Verfolgungswahn, Beziehungsideen, „Gedankenlesen“, Beeinflussungswahn, Größenwahn.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Vorhandensein von ein bis zwei Wahnideen, die vage und nicht klar umrissen sind und an denen nicht hartnäckig festgehalten wird. Die Wahnideen beeinflussen das Denken, Verhalten oder die sozialen Beziehungen nicht.
- 4 **Mäßig:** Vorhandensein entweder einer Vielfalt kaum ausgeformter, instabiler Wahnideen oder weniger, aber wohlausgeformter Wahnideen, die gelegentlich das Denken, Verhalten oder die sozialen Beziehungen beeinflussen.
- 5 **Stark:** Vorhandensein zahlreicher, wohlausgeformter Wahnideen, an denen hartnäckig festgehalten wird, und die gelegentlich das Denken, Verhalten und die sozialen Beziehungen beeinträchtigen.
- 6 **Schwer:** Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahnideen, die klar umrissen, eventuell systematisiert und verhärtet sind. Sie beeinträchtigen offenkundig das Denken, Verhalten oder die sozialen Beziehungen.
- 7 **Extrem:** Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahnideen, die entweder in hohem Masse systematisiert oder sehr zahlreich sind und erhebliche Bereiche des Lebens der Person dominieren. Dies resultiert häufig in unangemessenem und unverantwortlichem Handeln, welches die Sicherheit der Person oder anderer gefährdet.

FORMALE DENKSTÖRUNG

Desorganisierter Denkprozess, charakterisiert durch Unterbrechung zielgerichteter Abfolgen von Gedanken. Beispiele: Umständlichkeit, Vorbeireden, Lockerung der Assoziationen, Sprunghaftigkeit, grob unlogisches Denken oder Sperrungen (Gedankenblockaden). Diese Beeinträchtigungen des Denkprozesses zeigen sich im verbalen Ausdruck.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Das Denken ist umständlich, leicht an der Sache vorbei oder scheinlogisch. Es bestehen leichte Schwierigkeiten, das Denken auf ein Ziel zu richten, unter Druck mag sich eine gewisse Lockerung der Assoziationen zeigen.
- 4 **Mäßig:** Kann die Gedankengänge auf einen Inhalt oder ein Ziel richten, wenn die Zusammenhänge kurz und strukturiert sind, wird aber weitschweifig und belanglos, wenn es sich um komplexere Zusammenhänge handelt oder wenn minimaler Druck besteht.
- 5 **Stark:** Hat im allgemeinen Schwierigkeiten im Organisieren der Gedanken, was sich auch ohne Druck in häufigen Belanglosigkeiten, Verlust des Zusammenhangs oder in Lockerung der Assoziationen zeigt.
- 6 **Schwer:** Das Denken ist ernsthaft entgleist und innerlich ohne Zusammenhang. Dadurch reisst der Gedankenablauf fast ständig ab, und die Denkinhalte passen sehr oft überhaupt nicht zum Thema.
- 7 **Extrem:** Die Gedanken sind derart zerfahren, dass die Person unzusammenhängend ist. Es besteht eine extreme Lockerung der Assoziationen, welche die Kommunikation vollständig verunmöglicht, zum Beispiel Wortsalat oder Stummheit.

ERREGUNG

Überaktivierung, die sich in beschleunigtem motorischen Verhalten und/oder Sprechen, stärkerer Reaktion auf Reize, Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit) oder übermässiger Stimmungslabilität (wechselhafte und instabile Gestimmtheit) widerspiegelt.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Neigt zu leichter Unruhe, erhöhter Wachsamkeit oder leichter Überaktivierung, aber ohne Zeiten von ausgeprägter Erregung oder starker Instabilität der Stimmung. Die Sprechweise kann leicht gezwungen sein.
- 4 **Mässig:** Unruhe oder Überaktivierung sind klar ersichtlich, wobei Sprechweise und motorisches Verhalten beschleunigt sind oder vereinzelte Ausbrüche zu sehen sind.
- 5 **Stark:** Man beobachtet eine merkbare Überaktivität oder häufige Ausbrüche motorischer Aktivität, was es für die Person schwierig macht, länger als einige Minuten still zu sitzen.
- 6 **Schwer:** Starke Erregung dominiert das Verhalten, begrenzt die Aufmerksamkeit und beeinträchtigt in einem gewissen Ausmass persönliche Funktionen wie etwa Essen oder Schlafen.
- 7 **Extrem:** Starke Erregung hat ernsthafte Auswirkungen auf das Essen und Schlafen und macht zwischenmenschlichen Austausch praktisch unmöglich. Die Beschleunigung von Sprechweise und motorischer Aktivität kann zu Zusammenhangslosigkeit im Verhalten und Sprechen und zu Erschöpfung führen.

FEINDSEIGKEIT

Verbaler und nicht-verbaler Ausdruck von Ärger und Groll. Beispiele: Gereiztheit, Person wirkt bedrohlich, Respektlosigkeit, beissender Spott, passiv-aggressives Verhalten, Drohungen, Beschimpfungen, Tätilchkeiten.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Indirekter oder gezielter Ausdruck von Ärger, wie etwa beissender Spott, Respektlosigkeit, feindselige Äusserungen, gelegentliche Reizbarkeit.
- 4 **Mäßig:** Zeigt mit häufiger Reizbarkeit und direktem Ausdruck von Ärger oder Groll eine offen feindselige Haltung.
- 5 **Stark:** Die Person ist in hohem Masse reizbar und gelegentlich beleidigend oder drohend.
- 6 **Schwer:** Mangel an Zusammenarbeit, Beschimpfungen oder Drohungen beeinflussen das Zusammenleben merklich und wirken sich ernsthaft auf die sozialen Beziehungen aus. Die Person ist eventuell ausfallend, destruktiv, wird aber gegenüber anderen nicht tätig.
- 7 **Extrem:** Starke Wut führt zu totaler Ablehnung der Zusammenarbeit, was jeglichen zwischenmenschlichen Austausch verunmöglicht, oder zu tätlichen Angriffen auf andere führt.

DEPRESSION

Gefühl der Traurigkeit, Entmutigung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Pessimismus. Die depressive Stimmung kann sich in Aussagen der Person, in Mimik (Gesichtsausdruck), Körperhaltung, Weinen, Appetit- und Schlafstörungen zeigen.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Äussert Traurigkeit oder Entmutigung nur auf Befragen. An der allgemeinen Einstellung und am Auftreten lässt sich keine Depression erkennen.
- 4 **Mässig:** Ausgeprägte Gefühle der Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit, die möglicherweise spontan geäussert werden. Die depressive Verstimmung hat aber keinen erheblichen Einfluss auf das Verhalten oder das soziale Funktionieren. Die Person kann gewöhnlich aufgemuntert werden.
- 5 **Stark:** Ausgeprägte depressive Verstimmung ist verbunden mit offensichtlicher Traurigkeit, Pessimismus, Verlust des sozialen Interesses, mit Verlangsamung und einer gewissen Störung von Appetit und/oder Schlaf. Die Person lässt sich nicht leicht aufmuntern.
- 6 **Schwer:** Stark depressive Stimmung ist verbunden mit anhaltenden Gefühlen des Elends, der Wertlosigkeit, gelegentlichem Weinen und Hoffnungslosigkeit. Appetit und/oder Schlaf sind erheblich gestört. Auch die normalen motorischen und sozialen Funktionen sind beeinträchtigt, Anzeichen von Selbstvernachlässigung sind möglich.
- 7 **Extrem:** Die depressiven Gefühle beeinträchtigen ernsthaft die meisten Lebensbereiche. Dies zeigt sich in häufigem Weinen, ausgeprägten körperlichen Symptomen, Konzentrationsstörungen, Verlangsamung, sozialem Desinteresse, Selbstvernachlässigung, möglichen depressiven oder nihilistischen Wahnideen und/oder möglichen suizidalen Handlungen.

AMBIVALENZ

Gleichzeitiges Bestehen widersprüchlicher Wünsche, Pläne, Absichten und Impulse, was Denken, Sprache, sozialen Austausch und motorisches Verhalten beeinträchtigen kann.
Beispiele: Unschlüssigkeit, Hin- und Herschwanken, Störung des Willens bis hin zur Blockierung willentlicher Handlungen.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Es gibt eine gewisse Unschlüssigkeit im Gespräch und im Denken. Das Sprechen und Denken kann in geringem Ausmass behindert sein.
- 4 **Mäßig:** Die Person ist oft unschlüssig und zeigt deutliche Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Die Unterhaltung kann durch Hin- und Herschwanken des Denkens beeinträchtigt werden. Die Leistungsfähigkeit von Sprechen und Denken ist deutlich gestört.
- 5 **Stark:** Die Ambivalenz greift in das Denken und zusätzlich auch in das Verhalten ein. Die Person zeigt ausgesprochene Unentschlossenheit, welche das Aufnehmen und die Fortsetzung sozialer Aktivitäten behindert und sich auch in einer stockenden Sprechweise zeigt.
- 6 **Schwer:** Die Ambivalenz greift in die Ausführung einfacher, automatischer Handlungen ein, wie etwa das Ankleiden und die Körperpflege, und beeinträchtigt die Sprache stark.
- 7 **Extrem:** Die Ambivalenz führt zu fast vollständigem Versagen des Willens. Dies zeigt sich in massiver Behinderung von Bewegungen und Sprache, mit dem Resultat der Bewegungslosigkeit und Stummheit.

ANGST

Erleben von Nervosität, Besorgnis, Erwartungsangst oder Unruhe, welche von übermässiger Besorgtheit über Gegenwart und Zukunft bis zu Panik reicht. Die Person berichtet davon. Die Angst kann sich zusätzlich auch körperlich zeigen (z.B. Zittern, Schwitzen, Herzklopfen).

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Drückt einige Sorge, Überbesorgtheit oder Unruhe aus, aber es werden keine körperlichen oder verhaltensmässigen Folgen angegeben oder gezeigt.
- 4 **Mässig:** Die Person gibt ausgeprägte Symptome von Nervosität an, die sich in leichten körperlichen Manifestationen, wie etwa Händezittern oder übermässigem Schwitzen niederschlagen.
- 5 **Stark:** Die Person gibt ernsthafte Angstprobleme an, die merkbare körperliche oder verhaltensmässige Folgen wie starke Spannung, schlechtes Konzentrationsvermögen, Herzklopfen oder gestörten Schlaf nach sich ziehen.
- 6 **Schwer:** Zustand von fast ständiger Angst in Verbindung mit starker Unruhe oder Phobien (Übermässiger Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen) oder zahlreichen körperlichen Manifestationen (z.B. Zittern, Schwitzen, Herzklopfen).
- 7 **Extrem:** Das Leben der Person ist ernsthaft zerrüttet durch Angst, die fast ständig vorhanden ist oder sich in plötzlichen Panikanfällen zeigt.

AFFEKTVERFLACHUNG

Verminderte emotionale Ansprechbarkeit, charakterisiert etwa durch die Abnahme der Mimik (Gesichtsausdruck), der Flexibilität von Gefühlen und der Gestik (Ausdrucksbewegungen). Der emotionale Ausdruck erscheint je nach Schweregrad eingeschränkt, flach, maskenhaft, hölzern.

- 1 **Nicht vorhanden**
- 2 **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
- 3 **Leicht:** Die Änderungen der Mimik und die wenigen Ausdrucksbewegungen erscheinen gezwungen und künstlich, Mimik und Gestik sind wenig flexibel.
- 4 **Mäßig:** Reduzierter Ausdrucksbereich der Mimik und wenige ausdrucksvolle Gesten führen zu einem schwerfälligen Erscheinungsbild.
- 5 **Stark:** Die Emotionalität ist durchgängig flach, mit nur gelegentlichen Änderungen der Mimik und einer geringen Anzahl an Gesten.
- 6 **Schwer:** Meist zeigt sich eine starke Verflachung und Armut an Emotionen. Extreme affektive Entladungen wie Aufregung, Wutanfälle oder unangemessenes, unkontrolliertes Gelächter sind möglich.
- 7 **Extrem:** Mimik und Gestik sind praktisch nicht vorhanden. Die Person zeigt beständig einen leeren oder hölzernen Ausdruck.

APATHIE

Fehlen von Interesse, Anteilnahme und emotionaler Bindung an die Lebensereignisse. Passivität, Energienlosigkeit oder fehlende Motivation vermindern das Interesse und die Initiative im sozialen Austausch. Dies zeigt sich in verminderter sozialer Einbindung und in der Vernachlässigung von Aktivitäten des Alltagslebens.

1. **Nicht vorhanden**
2. **Minimal:** Fraglich vorhanden, evtl. an der oberen Grenze des Normalen.
3. **Leicht:** Ist gewöhnlich ohne Initiative, zeigt eventuell mangelhaftes Interesse an den Ereignissen in der Umgebung. Die Person lässt sich in der Regel mit anderen nur ein, wenn diese auf sie zukommen.
4. **Mäßig:** Die Person steht im Allgemeinen in emotionaler Distanz zu ihrer Umgebung und deren Anregungen. Nimmt zwar an den meisten sozialen Aktivitäten passiv teil, aber auf eine desinteressierte und mechanische Weise. Neigt dazu, sich in den Hintergrund zurückzuziehen.
5. **Stark:** Die Person ist von anderen Personen und den Ereignissen in ihrer Umgebung klar distanziert und beteiligt sich nicht, auch bei Bemühungen, sie einzubeziehen. Sie erscheint weit weg, gefügig und ziellos, kann aber zumindest für kurze Zeit ins Gespräch gezogen werden.
6. **Schwer:** Starker Mangel an Interesse und emotionaler Beteiligung führt zu Isolation, sehr wenigen spontanen Kontakten und zu Vernachlässigung der Körperpflege.
7. **Extrem:** Als Resultat eines tiefen Mangels an Interesse und emotionaler Bindung ist die Person völlig abwesend, nicht ansprechbar und ignoriert weitgehend die persönlichen Bedürfnisse und die Körperpflege.

5. Einsatzmöglichkeiten und psychometrische Befunde

Inhalte des TEP

Das Ziel der Konstruktion des TEP war es, einen Testbogen zur Fremdeinschätzung von Psychopathologie zu entwickeln, der für täglich wiederholte Applikation geeignet ist. Verschiedene Aspekte der Psychopathologie, sowohl psychotischer Symptome als auch genereller Symptome, sollen einem Fremdrater zur Einschätzung angeboten werden. Es war beabsichtigt, ein kurzes und übersichtliches Instrument zu entwickeln, das Betreuern, Therapeuten und/oder Pflegepersonen erlaubt, Einschätzungen ohne grossen zeitlichen Aufwand während oder nach der Arbeit vorzunehmen.

Der TEP basiert auf einem ad-hoc-Instrument, der Ciompi-Tschacher-Skala (CT-Skala), die die Datengrundlage für mehrere Studien zum Verlauf psychotischer Symptomatik lieferte (Tschacher, 1997; Tschacher *et al.*, 1997; Tschacher & Kupper, 2002; Kupper & Tschacher, 2002). Auch bei der CT-Skala handelte es sich um ein einseitiges Datenblatt (A 4-Format), das zur täglichen Erfassung psychotischer Symptome geeignet war. Bei der Konstruktion der CT-Skala wie auch des TEP wurde in erster Linie daran gedacht, Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis einzuschätzen. Der TEP wurde schliesslich im Rahmen eines Forschungsprojekts des Schweizerischen Nationalfonds im Jahr 2000 entwickelt (SNF 32-55954).

Die Items des TEP lehnen sich inhaltlich und bezüglich der Skalierung an ausgewählte Items aus der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay *et al.*, 1987) an, eine der in der Schizophrenieforschung am häufigsten verwendeten Skalen. Damit kann die Verknüpfung von Verlaufsuntersuchungen unter Verwendung des TEP mit Querschnittuntersuchungen unter Verwendung des PANSS sichergestellt werden. Die Itemdefinitionen und Ankerpunkte wurden für den TEP neu übersetzt, teilweise umformuliert und an die Bedürfnisse wiederholter täglicher Einschätzungen angepasst. Die Items des TEP haben mit einer Ausnahme eine direkte Entsprechung zum PANSS. Die Ausnahme bildet die TEP-Skala „Apathie“. Dieses Item stellt die Zusammenfassung von zwei inhaltlich ähnlichen und korrelierenden Items des PANSS aus dem Bereich der Negativsymptomatik dar: „Emotionaler Rückzug“ (Item N2 des PANSS) sowie „Passiver/ apathischer sozialer Rückzug“ (N4).

Voraussetzungen für das Rating

Der Einsatz des TEP setzt im Gegensatz zum PANSS und anderen Psychopathologieskalen (z.B. BPRS) nicht die Durchführung eines strukturierten Interviews voraus. Allerdings wird jedoch eine genaue Kenntnis des einzuschätzenden Patienten und seines Verhaltens im Alltag erwartet. Am einzuschätzenden Tag muss die beurteilende Person genügenden Kontakt zum Patienten gehabt haben, um die zehn TEP-Skalen reliabel beurteilen zu können. Die Praxis hat gezeigt, dass in Behandlungseinrichtungen, die tägliche therapeutische Gespräche anbieten, der TEP ohne zusätzliche Gespräche zur Exploration des psychischen Zustandes eingeschätzt werden kann. Die Einschätzung selbst nimmt in der Regel weniger als 10 Minuten in Anspruch. In Umgebungen mit spärlichem Patientenkontakt müsste zur Durchführung des TEP die Datenbasis allerdings durch kurze Gespräche verbessert werden. Da kein vollständiges Interview durchgeführt wird, kann es vorkommen, dass bestimmte psychopathologische Merkmale nicht vollständig aufgrund von Äusserungen oder Verhalten am aktuellen Tag beurteilt werden können. Beispielsweise kann die Ausprägung der Skala "Wahn" nicht vollständig aufgrund des aktuellen Tages erfolgen, wenn das entsprechende Thema an diesem Tag nicht mit dem Patienten angesprochen wurde. In solchen Fällen gilt, dass Vorinformationen durchaus berücksichtigt werden dürfen, um zu einer möglichst angemessenen Einschätzung des Zustandes am Stichtag zu gelangen. So kann z.B.

Verhalten eines Patienten, das aufgrund von Gesprächen an den Vortagen mit Wahnideen in Zusammenhang gebracht wurde, eine unveränderte Einschätzung der Wahnideen am heutigen Tag nahe legen, auch wenn diese Thematik nicht erneut besprochen wurde.

Reliabilität

Wie bei der PANSS-Skala muss zur Erreichung einer genügenden Reliabilität ein Ratertraining erfolgen. Ein PANSS-Ratertraining, wie bei Müller *et al.* (2000) beschrieben, bietet dafür eine gute Basis. Die Überprüfung der Interraterreliabilität kann im Feld durch mehrfache unabhängige Ratings am selben Tag erfolgen. Dabei können neben der Berechnung von Indizes für die Reliabilität über eine grosse Anzahl von Einschätzungen die von Müller et al. genannten Kriterien als Leitlinien für eine genügende Übereinstimmung zwischen zwei einzelnen Einschätzungen dienen. Eine ökonomische Annäherung an die Interraterreliabilität im Feld ist bei wiederholten Messungen desselben Patienten durch die Verwendung der Autokorrelation möglich: erfolgen die Einschätzungen in einer Zeitreihe durch unterschiedliche Rater an den Tagen T und T+1, kann die lag-1-Autokorrelation als untere Grenze der tatsächlichen Reliabilität gelten.

Validität

Die inhaltliche Nähe zur PANSS-Skala erleichtert die Einschätzung der Validität. Die empirischen Daten mit dem Vorläuferinstrument CT-Skala zeigten befriedigende Werte (Tschacher & Kupper, 2002). Die empirischen Angaben zur Reliabilität und Validität des TEP sollen an anderer Stelle berichtet werden.

Faktorstruktur

Auch auf die faktorielle Struktur der Items des TEP soll erst an anderer Stelle ausführlicher eingegangen werden.

Hier sei lediglich im Sinne einer besseren Beschreibung des Instruments erwähnt, wie sich die Zuordnung der zehn TEP-Items bei einer vierfaktoriellen Lösung darstellt. Dazu wurden alle 788 Behandlungsepisoden, die bis Februar 2007 archiviert wurden, ausgewählt. Die Episoden stammten von 609 verschiedenen Patienten, die mindestens an einem Tag gesehen wurden, und beinhalteten die Information von insgesamt ca. 30'000 einzelnen Tagesratings. Unsere faktorenanalytische Methode war eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation über die mittleren Ausprägungen der 10 TEP-Items pro Behandlungsepisode. Dies bedeutet, jede Behandlungsepisode ging mit nur einem Datensatz in die Hauptkomponentenanalyse ein.

Die Faktorenladungen sind in Tabelle 1 dargestellt. Mit Ausnahme des Items „Ambivalenz“ können die Items den vier Faktoren eindeutig zugeordnet werden. Die Faktoren sind inhaltlich schlüssig und klären 83.7% der Gesamtvarianz auf.

Die vier genannten Faktoren können mit der Faktorisierung des PANSS nach Lindenmayer et al. (1995) in Einklang gebracht werden. Diese Autoren gruppierten die Items des PANSS in fünf Faktoren (positiver Faktor, negativer Faktor, Erregung (excitement), Depression, kognitiver Faktor).

Tabelle 1: Faktorenladungen nach Varimax-Rotation

TEP-Item	Faktor Positiv- symptomatik	Faktor Angst/ Depression	Faktor Negativ- symptomatik	Faktor Aggression/ Erregung
Halluzinationen	0.90	0.09	0.17	0.10
Wahn	0.89	0.13	0.12	0.23
Formale Denkstörung	0.75	0.09	0.25	0.42
Erregung	0.32	0.23	-0.07	0.84
Feindseligkeit	0.18	0.00	0.14	0.90
Depression	-0.13	0.84	0.38	-0.02
Ambivalenz	0.49	(0.58)	0.09	0.26
Angst	0.25	0.85	0.12	0.13
Affektverflachung	0.21	0.17	0.91	0.05
Apathie	0.19	0.25	0.88	0.07

6. Literatur

- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. E. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kupper, Z., & Tschacher, W. (2002). Symptom trajectories in psychotic episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 311-318.
- Lindenmayer, J.-P., Grochowski, S., & Hyman, R.B. (1995). Five factor model of schizophrenia: Replication across samples. *Schizophrenia Research*, 14, 229-234.
- Müller, M. J., Rossbach, W., Davids, E., Wetzel, H., & Benkert, O. (2000). Evaluation eines standardisierten Trainings für die “Positive and Negative Syndrome Scale” (PANSS). *Nervenarzt*, 71, 195-204.
- Tschacher, W. (1997). *Prozessgestalten: Die Anwendung der Selbstorganisations-theorie und der Theorie dynamischer Systeme auf Probleme der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tschacher, W., & Kupper, Z. (2002). Time series models of symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 113(1-2), 127-137.
- Tschacher, W., Scheier, C., & Hashimoto, Y. (1997). Dynamical analyses of schizophrenia courses. *Biological Psychiatry*, 41, 428-437.