

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

### CENS-PE

#### Checkliste zur Erfassung neuropsychiatrischer Störungen bei Parkinsonerkrankung

Meyer, A., Hadinia, A., Hatz, F., Martinez-Martin, P., Fuhr, P., Stieglitz, R. D. & Gschwandtner, U. (2017)

Meyer, A., Hadinia, A., Hatz, F., Martinez-Martin, P., Fuhr, P., Stieglitz, R. D. & Gschwandtner, U. (2017). CENS-PE. Checkliste zur Erfassung neuropsychiatrischer Störungen bei Parkinsonerkrankung [Verfahrensdokumentation und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.  
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.6483>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

**<https://www.testarchiv.eu/de/test/9007419>**

#### Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

---

#### Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s). By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

# Checkliste zur Erfassung neuropsychiatrischer Störungen bei Parkinsonerkrankung (CENS-PE)

Name:	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Untersuchungsdatum:
Untersucher:	

Bei jedem Item wird der Schweregrad der Symptome der Patientin/ des Patienten mit 0-4 eingeschätzt.

0	Das Symptom ist <b>nicht vorhanden</b> .
1	<b>Leichte Beeinträchtigung:</b> Das Symptom ist gut zu ertragen und erfordert keine spezifischen Massnahmen.
2	<b>Mittelschwere Beeinträchtigung:</b> Das Symptom verursacht stärkeres Leiden und/oder die Patientin/der Patient benötigt höheren Betreuungsbedarf. Es erfordert einfache, aber spezifische Massnahmen und tritt als relevante Komponente des klinischen Erscheinungsbildes auf.
3	<b>Schwere Beeinträchtigung:</b> Das Symptom trägt zur Invalidität bei und die Patientin/der Patient benötigt Betreuung oder Beaufsichtigung. Es sind eine spezifische Behandlung und beträchtliche therapeutische Massnahmen erforderlich. Es wird zu einem wesentlichen Bestandteil des klinischen Bildes.
4	<b>Sehr schwere Beeinträchtigung:</b> Das Symptom tritt als das wichtigste oder eines der wichtigsten Symptome auf. Es erfordert eine spezifische Behandlung und intensive therapeutische Massnahmen. Es wird zum Mittelpunkt von Behandlung und Pflege.

## Psychotische Symptome:

Bitte alle Items ausfüllen!

0	1	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Reizbarkeit - Aggressivität:</b> Macht sie/er häufig Drohungen oder drückt sie/er sich häufig aggressiv aus?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wahnvorstellungen:</b> Hat sie/er wirklichkeitsfremde Vorstellungen, wie zum Beispiel betrogen oder hintergangen zu werden, ein Gewaltopfer zu werden oder gar verfolgt zu werden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fehlerkennungen:</b> Verwechselt sie/er Personen, bezeichnet sie/er jemanden als jemand anderen oder schreibt sie/er Personen in ihrem/seinem Umfeld falsche Identitäten zu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Halluzinationen:</b> Nimmt sie/er Dinge wahr, die nicht existieren oder nicht real sind, wie zum Beispiel Stimmen hören, nicht vorhandene Dinge sehen, körperliche Berührungen spüren?

## Stimmung / Apathie:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Verbale und soziale Isolation:</b> Nimmt sie/er selten an sozialen Aktivitäten oder Gesprächen teil, bringt sie/er zum Ausdruck, dass sie/er nichts zu sagen habe oder ist sie/er nicht ausreichend kommunikativ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Apathie- Antriebsarmut:</b> Zeigt sie/er kein Interesse daran, Aufgaben oder Aktivitäten zu beginnen, diese fortzuführen oder sie zu beenden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Geistige Ermüdbarkeit:</b> Wird sie/er leicht ermüdbar oder bricht er häufig jegliche Art von geistiger Aktivität ab, unabhängig davon, ob die Aufgabe übermässige Anstrengung erfordert oder nicht?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Depression:</b> Fühlt sie/er sich traurig, erschöpft, entmutigt, hoffnungslos? Hat sie/er aufgehört, sich an Dingen zu erfreuen, an welchen sie/er früher Gefallen fand?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Angst:</b> Fühlt sie/er sich nervös, rastlos, bekümmert oder beunruhigt ohne spezifischen Grund? Verursachen ihr/ihm unwichtige oder neue Dinge oder Ereignisse?

## Störung der Impulskontrolle:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Zwangsstörungen:</b> Verrichtet sie/er täglich unnötige, repetitive Handlungen, verwendet sie/er viel Zeit darauf oder reagiert sie/er verärgert, wenn ihr/ihm solche Handlungen untersagt oder zum Vorwurf gemacht werden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Störungen der Impulskontrolle:</b> Fällt sie/er durch impulsives Verhalten auf, kann sie/er nicht aufhören, bestimmte Dinge zu tun, wie zum Beispiel: exzessives oder unnötiges Einkaufen, viel Zeit und Geld mit Glücksspielen zu verbringen, dort viel Geld auszugeben oder übertriebenes Interesse an Sexualität zu haben?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dopaminerge/ Medikamentenmissbrauch oder/ -abhängigkeit:</b> Nimmt sie/er Medikamente in einer höheren Frequenz?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>/20 Total</b>			Werden insgesamt 3 oder mehr Punkte erreicht, liegen ein oder mehrere neuropsychiatrische Probleme bei einem Patienten mit Parkinsonerkrankung vor. Ab 10 oder mehr Punkten wird eine neuropsychiatrische Abklärung empfohlen.