

# Swiss Psychedelic Side Effects Inventory (SPSI) - Anleitung für Kliniker

## Einleitung und Zweck

Das *Swiss Psychedelics Side Effects Inventory* (SPSI) wurde entwickelt, um das Vorhandensein und die Auswirkungen von Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Psychedelika, einschließlich der klassischen Psychedelika, MDMA und ähnlicher Substanzen, zu bewerten. Die Ausführung dauert zwischen 10 und 15 Minuten und es werden 32 klinisch relevante Nebenwirkungen abgefragt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, weitere hinzuzufügen.

Das SPSI wird im Zusammenhang mit einer bestimmten psychedelischen Erfahrung oder Behandlungsserie durchgeführt und kann in Forschungsstudien, Kliniken und anderen Kontexten, in denen Psychedelika verabreicht werden, verwendet werden. Das SPSI kann entweder von einer Ärzt:in im Rahmen einer Befragung oder von den Proband:innen/Patient:innen direkt in Form einer Selbstbeurteilung durchgeführt werden, nachdem die Proband:innen/Patient:innen kurz in das Ausfüllen des Fragebogens eingewiesen wurden. Es besteht auch die Möglichkeit, diese Skala für Online-Studien anzupassen.

## Anweisungen für Kliniker

Bevor das SPSI entweder als Interview oder als Selbstauskunft ausgefüllt wird, tragen Sie die folgenden Informationen oben auf dem SPSI-Formular ein (Seite 3). Dazu gehören die Proband:innen-ID, das Datum/die Daten der fraglichen psychedelischen Erfahrung(en) und der Zeitrahmen, den die Teilnehmer:innen bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigen sollten. Der Zeitrahmen wird oben links eingetragen.

Wenn Sie das SPSI in Form eines Interviews durchführen, lesen Sie bitte die Anweisungen auf Seite 2 sorgfältig durch. Markieren Sie während des Interviews die Antworten der Proband:innen, die mündlich gegeben werden. Bei der Beurteilung der Behandlungsrelevanz sollte sowohl die Perspektive der befragten Person als auch die des Probanden berücksichtigt werden.

Wenn Sie das SPSI als Selbstbeurteilungsinstrument verwenden, das von den Proband:innen/Patient:innen direkt ausgefüllt werden soll, zeigen Sie ihnen bitte zunächst das Formular auf Seite 3 und gehen Sie gemeinsam die Anweisungen auf Seite 2 durch. Die Proband:innen sollten beim Antworten des Formulars die Instruktionen behalten.

**Auswertung:** Berechnen Sie die Gesamtsumme für die Anzahl der Nebenwirkungen, den Schweregrad und die Auswirkungen, indem Sie die entsprechenden Spalten addieren. Berechnen Sie dann den Gesamtscore, indem Sie den Gesamtschweregrad von der Gesamtauswirkung abziehen. Der Gesamtscore spiegelt die Belastung durch Nebenwirkungen für die betreffende Person innerhalb

des angegebenen Zeitraums wider. Falls gewünscht, kann ein Gesamtscore speziell für Nebenwirkungen mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit der Behandlungsrelevanz und/oder nur für noch nicht abgeklungenen Nebenwirkungen berechnet werden.

**Referenz:** Calder, A & Hasler, G. (2024) *Validation of the Swiss Psychedelic Side Effects Inventory: Standardizing reporting of adverse effects in studies of psychedelics and MDMA.*

**Contact:** Dr. Gregor Hasler, Universität Freiburg, Schweiz

[gregor.hasler@unifr.ch](mailto:gregor.hasler@unifr.ch)

Weitere Kopien vom SPSI finden Sie in den relevanten Publikationen sowie auf der Website der Autoren:  
<https://molecularpsychiatry.ch>

## SPSI - Anweisungen für Proband:innen/Patient:innen

Dieser Fragebogen erfasst Nebenwirkungen, die Sie möglicherweise nach der Einnahme von Psychedelika, MDMA oder ähnlichen Substanzen erlebt haben. Nebenwirkungen können sowohl angenehm als auch unangenehm sein und von leicht bis schwer reichen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte wählen Sie die Optionen, die Ihre Erfahrungen am genauesten wiedergeben.

Wenn Sie eine bestimmte Nebenwirkung mit "Ja" beantworten, werden Ihnen einige zusätzliche Fragen dazu gestellt. Im Folgenden finden Sie Anweisungen zur Beantwortung dieser zusätzlichen Fragen.

### Schweregrad

Bitte bewerten Sie, ob der Schweregrad der Nebenwirkung leicht, mittelschwer oder schwer war.

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>1 Leicht</b>       | <i>Beispiel: Kopfschmerzen, die Sie bemerkt haben, der Sie aber nicht sehr gestört hat.</i>                       |
| <b>2 Mittelschwer</b> | <i>Beispiel: Kopfschmerzen, die Sie im Laufe des Tages plagten.</i>   |
| <b>3 Schwer</b>       | <i>Beispiel: Kopfschmerzen, die so schmerzhaft waren, dass Sie Ihren Tag nicht wie gewohnt gestalten konnten.</i> |

### Auswirkungen

Bitte bewerten Sie, wie Sie die Nebenwirkung empfinden und welche Auswirkungen sie insgesamt auf Sie hatte. Es kann sein, dass sie keine Auswirkungen hatte, dass sie sich nachteilig oder negativ auf Sie ausgewirkt hat oder dass sie sich vorteilhaft oder positiv auf Sie ausgewirkt hat.

- |           |  |
|-----------|--|
| <b>-2</b> | Diese Nebenwirkung hatte eine <b>sehr nachteilige</b> Auswirkung.  |
| <b>-1</b> | Diese Nebenwirkung hat sich <b>etwas nachteilig</b> ausgewirkt.  |
| <b>0</b>  | Diese Nebenwirkung hatte <b>sowohl</b> nachteiligen als auch vorteilhaften Auswirkungen, oder <b>keines von beiden</b> . |
| <b>1</b>  | Diese Nebenwirkung hat sich <b>etwas vorteilhaft</b> ausgewirkt.   |
| <b>2</b>  | Diese Nebenwirkung hatte eine <b>sehr vorteilhafte</b> Auswirkung.   |

### Bezug

Bitte bewerten Sie die Wahrscheinlichkeit, dass diese Nebenwirkung mit der psychedelischen Substanz zusammenhängt.

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>0 Unbekannt</b>        | Es liegen nicht genügend Informationen vor, um zu beurteilen, ob ein Zusammenhang besteht.   |
| <b>1 Unwahrscheinlich</b> | Sie trat so lange nach der Einnahme der Substanz auf, dass ein Zusammenhang unwahrscheinlich ist und es gibt andere plausible Erklärungen. |
| <b>2 Möglicherweise</b>   | Sie trat kurz nach der Einnahme der Substanz auf und es gibt noch andere mögliche Erklärungen.   |
| <b>3 Wahrscheinlich</b>   | Sie trat kurz nach der Einnahme der Substanz auf und andere Erklärungen sind unwahrscheinlich.   |
| <b>4 Sicherlich</b>       | Sie trat kurz nach der Einnahme der Substanz auf und kann durch nichts anderes erklärt werden.   |

**Timing**

Bitte kreuzen Sie das Kästchen unter "Während" an, wenn die Nebenwirkung auftrat, während die psychedelische Erfahrung noch andauerte. Kreuzen Sie das Kästchen unter "Danach" an, wenn die Nebenwirkung nach dem Ende der psychedelischen Erfahrung aufgetreten ist (d. h. nachdem die Wirkung der Substanz nachgelassen hat). Wenn beides zutrifft, kreuzen Sie bitte beide Kästchen an.

**Dauer**

Wenn die Nebenwirkung nicht mehr vorhanden ist, geben Sie bitte an, wie lange sie im Verhältnis zur Substanzeinnahme anhielt. Wenn sie noch vorhanden ist, schreiben Sie bitte "andauernd".

**Verträglichkeit**

Die Verträglichkeit bezieht sich darauf, wie gut Sie mit den Nebenwirkungen der erhaltenen Dosis zurechtkamen. Bitte bewerten Sie die Verträglichkeit anhand der zugehörigen Skala.

**Zusätzliche Details**

Bitte fügen Sie weitere wichtige Informationen über die aufgetretenen Nebenwirkungen hinzu, z. B. weitere Informationen darüber, wie sie behandelt wurde oder wie sie sich auf Sie ausgewirkt hat.

# SPSI

Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen die unten aufgelisteten Nebenwirkungen **im folgenden Zeitraum** nach der Einnahme eines Psychedelikums aufgetreten sind: \_\_\_\_\_

**Kreuzen Sie bei jeder Frage "Nein" an, wenn die betreffende Nebenwirkung bei Ihnen *nicht aufgetreten ist*, und fahren Sie mit der nächsten Frage fort.**

**Wenn bei Ihnen diese Nebenwirkung aufgetreten ist, kreuzen Sie "Ja" an und füllen Sie die Zeile mit den Folgefragen gemäß den Anweisungen auf der vorherigen Seite aus. Kreuzen Sie bitte für jede Frage die Antwort an, die am besten auf Ihre Erfahrung zutrifft.**

<b>Proban:innen ID:</b>	
<b>Datum/Daten der Substanz</b>	
<b>Einnahme:</b>	
<b>Datum der Bewertung:</b>	

	Bitte geben Sie an, welche dieser Erfahrungen Sie gemacht haben:	Nein	→Ja	Schweregrad			Auswirkungen					Bezug				Timing		Dauer <i>Geben Sie Stunden, Tage, Wochen, Monate usw. oder "andauernd" an.</i>	
				1 = leicht	2 = mittel	3 = schwer	-2 = sehr nachteilig	-1 = etwas nachteilig	0 = Beide oder neutral	+1 = etwas vorteilhaft	+2 = sehr vorteilhaft	0 = unbekannt	1 = unwahrscheinlich	2 = möglicherweise	3 = wahrscheinlich	4 = sicherlich	Während		Danach
1	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Blähungen oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Muskelzittern, -verspannungen oder -lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Ein rasender oder unregelmäßiger Herzschlag, Druck oder Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Erschöpfung, Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Schwindel oder Ohnmachtsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Sich ungewöhnlich heiss, kalt, oder schwitzig fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Veränderungen des Appetits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Gedächtnisprobleme oder Filmriss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Verwirrung oder Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Bitte geben Sie an, welche dieser Erfahrungen Sie gemacht haben:	Nein	→Ja	Schwere-grad			Auswirkungen					Bezug				Timing		Dauer <i>Geben Sie Stunden, Tage, Wochen, Monate usw. oder "andauernd" an.</i>	
				1 = leicht	2 = mittel	3 = schwer	-2 = sehr nachteilig	-1 = etwas nachteilig	0 = Beide oder neutral	+1 = etwas vorteilhaft	+2 = sehr vorteilhaft	0 = unbekannt	1 = unwahrscheinlich	2 = möglicherweise	3 = wahrscheinlich	4 = sicherlich	Während		Danach
12	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder klar zu denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Beunruhigende Gedanken oder Erinnerungen, die Ihnen gegen Ihren Willen in den Sinn kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Sich ängstlich, furchtsam oder in Panik fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Sich wütend, reizbar oder frustriert fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Sich traurig, schwermütig oder deprimiert fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Sich apathisch oder innerlich leer fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Sich einsam, isoliert oder von anderen entfremdet fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Negative Gedanken über sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Gedanken, einschlafen und nicht mehr aufwachen zu wollen, oder sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Paranoia oder das Gefühl, dass andere Sie beobachten oder Ihnen schaden wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Angst, den Verstand zu verlieren oder wahnsinnig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Das Gefühl, als wären Sie von Ihrer Umgebung losgelöst oder als wäre diese unwirklich, flach oder Teil eines Traums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Das Gefühl, von Ihrem Körper, Ihrer Stimme, Ihren Erinnerungen oder Gedanken losgelöst zu sein, oder als ob Sie nicht real wären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Unwohlsein in Bezug auf Ihr Verständnis der Realität oder den Sinn des Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Bitte geben Sie an, welche dieser Erfahrungen Sie gemacht haben:			Schwere-grad 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer			Auswirkungen -2 = sehr nachteilig -1 = etwas nachteilig 0 = Beide oder neutral +1 = etwas vorteilhaft +2 = sehr vorteilhaft					Bezug 0 = unbekannt 1 = unwahrscheinlich 2 = möglicherweise 3 = wahrscheinlich 4 = sicherlich				Timing		Dauer Geben Sie Stunden, Tage, Wochen, Monate usw. oder "andauernd" an.
	Nein	→Ja														Während	Danach	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	n.z.	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	-2	-1	0	+1	+2	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Nein / Ja	Schwere-grad	Auswirkungen	Bezug	Während	Danach	Dauer
Gesamtsumme (Summe jeder Spalte, angekreuztes Kästchen = 1)				n.z.			Anzahl andauernd: _____
Gesamtscore (Score = Schweregrad – Auswirkung)				n.z.	n.z.		n.z.

Verträglichkeit (Antwort ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Gering
	Höhere Dosis wäre verträglich    Könnte gleiche Dosis wieder vertragen, jedoch keine höhere    Dosis war <b>nicht</b> verträglich (zu hoch)		

Fügen Sie hier bitte weitere Details hinzu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_