

Jürgen Margraf
Jan Christopher Cwik
Andrea Suppiger
Silvia Schneider

DIPS

Open Access

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen

5., überarbeitete Auflage

- für DSM-5
- Interviewleitfaden
- Protokollbogen



Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Professor Dr. Jürgen Margraf, Alexander von Humboldt-Professor
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Dr. Jan Christopher Cwik
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Dr. Andrea Suppiger
Hünenbergring 11
6006 Luzern, Schweiz

Professor Dr. Silvia Schneider
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Interviewleitfaden

Inhaltsverzeichnis Interviewleitfaden

Vorbemerkung	1
Überblick	6
Angststörungen	10
Störung mit Trennungsangst	11
Panikanfälle/Panikstörung	16
Agoraphobie	23
Soziale Angststörung (Soziale Phobie)	32
Spezifische Phobie	40
Generalisierte Angststörung	52
Bipolare und verwandte Störungen	60
Manische Episode/Hypomane Episode	61
Depressive Störungen	68
Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung)	69
Major Depression	75
Zwangsstörung und verwandte Störungen	84
Zwangsstörung	85
Körperdysmorphie Störung	96
Trauma- und belastungsbezogene Störungen	102
Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen	103
Posttraumatische Belastungsstörung	106
Akute Belastungsstörung	112
Somatische Belastungs- und verwandte Störungen	116
Somatische Belastungsstörung	117
Krankheitsangststörung	122
Essstörungen	128
Einstiegsfragen zum Körpergewicht	129
Anorexia Nervosa	130
Bulimia Nervosa	137
Binge-Eating-Störung	143
Schlaf-Wach-Störungen	147
Einstiegsfragen zum Schlafverhalten	148
Insomnie	150
Hypersomnie	156
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen	161
Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum	162

Störung durch Alkoholkonsum	163
Nikotinscreening	169
Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen	171
Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsum	174
Störung durch Glücksspielen	179
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	184
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	185
Borderline Persönlichkeitsstörung	191
Borderline Persönlichkeitsstörung	192
Sexuelle Funktionsstörungen	197
Screening für Männer	198
Screening für Frauen	199
Psychoscreening	201
Psychoscreening	202
Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf	203
Störung durch Spielen von Internetspielen	204
Suizidale Verhaltensstörung	209
Anhang	213
Allgemeine Anamnese	214
Vergangene Behandlungsgeschichte	214
Familiengeschichte psychischer Störungen	214
Medikation	214
Zusammenfassung, Geistiger Zustand, Interviewverhalten, Notizen	218
Psychosoziale Beurteilung	219
Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme	219
Globale Erfassung des Funktionsniveaus	220
Erzählende Zusammenfassung	221
Klinische Einschätzungen und Diagnosen	222
Protokollbogen	224

Vorbemerkung

Der vorliegende Interviewleitfaden ist Bestandteil des DIPS Open Access, das noch einen Protokollbogen enthält. Der Leitfaden ist so konzipiert, dass er von geübten Interviewerinnen und Interviewern ohne weitere Hilfsmittel angewendet werden kann. Aber auch ohne größere Erfahrung wird nach erfolgreicher Durchführung des Trainings und nach wenigen Interviews mit dem DIPS Open Access durch den semi-strukturierten Aufbau des Interviews eine benutzerfreundliche Anwendung gewährleistet.

Für Interviewerinnen und Interviewer, die nicht mit dem Klassifikationssystem des Diagnostischen und Statistischen Manual für psychische Störungen (DSM-5) vertraut sind, sind Hinweise auf die DSM-5 Kriterien der jeweiligen Störungen im Protokollbogen aufgeführt.

Viele Kolleginnen und Kollegen sind auch an den Diagnosen nach dem ICD-Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation WHO interessiert. Um die Übertragung der DSM-5-Diagnosen des DIPS in ICD-10-Diagnosen zu erleichtern, sind die Schlüssel der ICD-10 im Protokollbogen zu den jeweiligen Störungen enthalten.

Das DIPS Open Access erhebt den Anspruch, über die rein klassifikatorische Diagnostik hinaus auch unmittelbar therapierelevante Informationen zu erfassen.

Ein letzter Hinweis betrifft die Kodierung der Patientenantworten. Dies kann nicht nur in dem vorliegenden Leitfaden geschehen, sondern alternativ auch in dem eigens dafür entworfenen Protokollbogen, der ebenfalls Bestandteil des DIPS Open Access ist, und in dem die Fragen des Leitfadens noch einmal in stark abgekürzter Form aufgeführt sind.

Zum Abschluss möchten wir Ihnen viel Erfolg mit dem DIPS Open Access wünschen und hoffen, dass es bei Ihnen ebenso zur Arbeitserleichterung beiträgt, wie dies bei uns der Fall ist. Für Rückmeldungen über Ihre Erfahrungen, Kritik oder Verbesserungsvorschläge sind wir dankbar.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei den Experten bedanken, die sich alle sehr konstruktiv und verlässlich an diesem Projekt beteiligt haben. Wie bereits im Handbuch beschrieben, wurden alle Störungskriterien von deutschsprachigen Experten des jeweiligen Störungsgebiets überprüft. Im Folgenden sind alle Experten, die an der Überarbeitung des DIPS Open Access beteiligt waren, und die von ihnen durchgesehenen Störungsbereiche aufgeführt.

Störung mit Trennungsangst	Prof. Dr. Katja Beesdo-Baum, Universität Dresden
Panikstörung, Agoraphobie	Prof. Dr. Nina Heinrichs, Universität Braunschweig
Soziale Angststörung	Prof. Dr. Ulrich Stangier, Universität Frankfurt
Spezifische Phobie	Prof. Dr. Alfons Hamm, Universität Greifswald
Generalisierte Angststörung	Prof. Dr. Eni Becker, University Nijmegen
Zwangsstörung	Prof. Dr. Norbert Kathmann, Universität Berlin

Körperdysmorphie Störung	Prof. Dr. Alexandra Martin, Universität Wuppertal
Posttraumatische Belastungsstörung, Akute Belastungsstörung	Prof. Dr. Frank Neuner, Universität Bielefeld
Bipolare und verwandte Störungen	Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer, Universität Münster
Depressive Störungen	Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer, Universität Münster
Essstörungen	Prof. Dr. Simone Munsch, Universität Lausanne & Prof. Dr. Silja Vocks, Universität Osnabrück
Somatische Belastungsstörung, Krankheitsangststörung	Dr. Maria Kleinstäuber, Universität Marburg & Dr. Gaby Bleichhardt, Universität Marburg
Schlafstörungen	Prof. Dr. Dieter Riemann, Universitätsklinikum Frei- burg
Substanzgebundene Störungen	Prof. Dr. Sabine Löber, Universität Bamberg
Störung durch Glücksspielen, Stö- rung durch Spielen von Internetspie- len	Dr. Klaus Wölfling, Universität Mainz
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung	Prof. Dr. Gerhard Lauth, Universität Köln
Borderline Persönlichkeitsstörung	Prof. Dr. Martin Bohus, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Suizidale Verhaltensstörung	Dr. Tobias Teismann, Universität Bochum

Stern*-Fragen: Generell sind Fragen, die an den Patienten gestellt werden, immer kursiv gedruckt. Die Fragen sollen möglichst wortwörtlich übernommen werden. Fragen mit Stern (*) sind Fragen, die für die Diagnosestellung unabdingbar sind und immer gestellt werden müssen.

Fragen: Fragen ohne Stern sind weiterführende Fragen, die für die Therapie relevant sein können oder eine genauere Analyse des Problemverhaltens erlauben. Diese Fragen sind optional und müssen nicht immer gestellt werden.

Sprungregeln: Sprungregeln erlauben einen ökonomischen und effizienten Einsatz des Interviews. Diese sollten nur dann angewendet werden, wenn die Beantwortung der vorhergehenden Frage eindeutig darauf schließen lässt, dass das erfragte Störungsbild nicht erfüllt wird resp. die entsprechenden Diagnosekriterien nicht erfüllt werden.

Hinweise: Hinweise müssen vor dem ersten Gebrauch des Interviews gelesen werden, da diese wichtige Instruktionen für die Interview-Durchführung geben.

Manische Episode/Hypomane Episode

**1.1 Haben Sie jemals eine Phase von einigen Tagen oder länger erlebt, in der Sie sich beständig ungewöhnlich gut bzw. grandios fühlten oder auch schnell reizbar waren.*

JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

1.2 *Wann hatten Sie zum letzten Mal eine solche Phase?*

Von (Mt./J.) _____ **bis (Mt./J.)** _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.1: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« (S. 69).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmungsveränderung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzugehen (S. 67).

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu den Tagen stellen, an denen Sie sich ungewöhnlich gut oder reizbar fühlten und ungewöhnlich aktiv und energiegeladener waren.

**2. Haben Sie während der Phase, in der Sie sich ungewöhnlich oder extrem gut oder reizbar gefühlt haben, anhaltend folgende Symptome erlebt?*

Wie ausgeprägt haben Sie die folgenden Symptome erlebt?

Hinweis: Notieren Sie nur Symptome, die anhaltend über mindestens 1 Woche (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer) für eine Manische Episode oder mindestens 4 aufeinander folgende Tage für eine Hypomane Episode auftreten und sich deutlich von der üblichen Stimmung unterscheiden.

Beurteilen Sie Häufigkeit/Schweregrad anhand der folgenden Skala:

gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer
0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Symptomeinschätzungen und Beeinträchtigungs-/Belastungseinschätzung durch die betreffende Störung: Auf einer Punkte-Skala von 0–3 werden Schweregrad und Häufigkeit der Symptome oder die Beeinträchtigung und die Belastung durch die Symptome oder das Störungsbild eingeschätzt. Diese Einschätzung ist ein klinisches Rating und wird vom Diagnostiker vorgenommen.

Abkürzungen im Griffregister

Ü	Überblick
STA	Störung mit Trennungsangst
PAS	Panikanfälle/Panikstörung
AG	Agoraphobie
SAS	Soziale Angststörung
SPP	Spezifische Phobie
GAS	Generalisierte Angststörung
ME	Manische Episode/Hypomane Episode
PDS	Persistierende Depressive Störung
MD	Major Depression
ZS	Zwangsstörung
KDS	Körperdysmorphie Störung
ET	Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung
ABS	Akute Belastungsstörung
SBS	Somatische Belastungsstörung
KAS	Krankheitsangststörung
EG	Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen
AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
BES	Binge-Eating-Störung
ES	Einstiegsfragen zum Schlafverhalten

IN	Insomnie
HS	Hypersomnie
EA	Einstiegsfragen Alkohol
SAK	Störung durch Alkoholkonsum
NiS	Nikotinscreening
EM	Einstiegsfragen Medikamente und Drogen
SM	Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsum
SG	Störung durch Glücksspielen
ADS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
SF	Sexuelle Funktionsstörungen
PS	Psychoscreening
SSI	Störung durch Spielen von Internetspielen
SuV	Suizidale Verhaltensstörung
Anh	Anhang
PB	Protokollbogen

Überblick

Datum: _____

Interviewer/in: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

beruflich: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Anzahl der
Haushaltsmitglieder: _____

Derzeitiger Beruf Patient/in: _____

Religion: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Kinder

Alter	Geschlecht	Zu Hause	Wann ausgezogen?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Familienstand

_____ Verheiratet Datum _____

_____ Ledig Datum _____

_____ Feste Partnerschaft Datum _____

_____ Getrennt Datum _____

_____ Geschieden Datum _____

_____ Verwitwet Datum _____

_____ Sonstiges Datum _____

Frühere Ehen **JA** _____ **NEIN** _____ Datum _____

Nach dieser kurzen Befragung:

Das Interview beginnt mit einer kurzen Einführung und einer Erklärung des Interviewzwecks. Zunächst sollte eine knappe Beschreibung des Vorstellungsgrundes erfasst werden.

Jetzt möchte ich Ihnen gern weitere Fragen über bestimmte Problembereiche stellen, die auf Sie zutreffen können oder auch nicht. Über einige dieser Probleme haben wir bereits allgemein gesprochen, doch ich würde gerne noch genauere Informationen darüber bekommen.

Ich werde viele Fragen zu ganz unterschiedlichen Bereichen (z. B. verschiedene Ängste, Schlaf oder Stimmung) stellen, in denen Menschen Probleme haben können. Einige treffen möglicherweise auf Sie zu, andere nicht. Je nachdem, sprechen wir über einen Bereich länger oder gehen direkt weiter. Daher kann es auch einmal vorkommen, dass ich ein wenig vorblättere.

Weil es sich um ein strukturiertes Interview handelt, werde ich mich an die vorgegebenen Fragen halten, damit nichts Wichtiges vergessen wird. Falls ich Sie einmal unterbrechen sollte, ist das nicht, weil es mich nicht interessiert, sondern weil die Länge des Interviews erfordert, dass ich bei den Fragen bleibe und einige Themen im späteren Verlauf des Interviews noch angesprochen werden.

Die Dauer des Interviews ist sehr unterschiedlich, je nachdem, wie viele Bereiche für Sie relevant sind. Falls notwendig, können wir das Interview auch in mehrere Teile aufteilen. Wir können auch jeder Zeit Pausen einfügen.

Ihre jeweiligen Antworten werde ich in einem Protokollbogen notieren, damit ich das Interview später auswerten kann.

Bei diesem Interview gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, sondern es interessiert einfach, wie es Ihnen geht.

Manche Antworten sind kurz gehalten oder müssen nur mit Ja / Nein beantwortet werden. Am Schluss des Interviews gibt es nochmals Gelegenheit zum Besprechen von Bereichen, die nach Ihrem Empfinden während des Interviews gar nicht oder zu wenig angesprochen wurden.

Zunächst würde ich gerne einen Überblick darüber bekommen, welche Art von Problemen oder Schwierigkeiten Sie in letzter Zeit hatten. Worin bestanden die Beschwerden?

Gab es in jüngster Zeit (im letzten halben Jahr) Veränderungen in oder hatten Sie Schwierigkeiten mit:

*Familie/Freunden/
Bekanntem*

Beruf/Schule

Gesundheit

*finanziellen
Angelegenheiten*

*juristischen
Angelegenheiten/
Polizei*

anderen Bereichen



Angststörungen

Störung mit Trennungsangst – 11

Panikanfälle/Panikstörung – 16

Agoraphobie – 23

Soziale Angststörung (Soziale Phobie) – 32

Spezifische Phobie – 40

Generalisierte Angststörung – 52

Störung mit Trennungsangst

*1.1 *Haben Sie starke Angst davor, sich von Ihnen nahestehenden Personen zu trennen oder getrennt zu werden (z. B. Eltern, Partner, Kinder)?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.2 *Welche Personen sind das?*

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

*1.3 *Gab es jemals Zeiten, in denen Sie Angst hatten, sich von Ihnen nahestehenden Personen zu trennen oder getrennt zu werden (z. B. Eltern, Partner, Kinder)?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.4 *Welche Personen waren das?*

Beschreiben: _____

Falls JA:

1.5 *Wann war die letzte Phase, in der diese Angst aufgetreten ist?*

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Panikanfälle/Panikstörung« (S. 16).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 10 überzugehen (S. 15).

*2. Schätzen Sie für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung anhand der folgenden Skalen ein. Notieren Sie jeweils das Ausmaß von Angst und die Häufigkeit von Vermeidung in den vorgegebenen Spalten.

Ich werde Ihnen im Folgenden einige Situationen beschreiben und Sie jeweils fragen, wie ängstlich Sie sich in jeder Situation gefühlt haben oder fühlen würden und wie häufig Sie diese Situationen vermeiden.

Ausprägung der Angst und Vermeidung:

Wie ausgeprägt ist Ihre Angst in folgenden Situationen?

Wie ausgeprägt sind die beschriebenen Beschwerden?

Wie häufig vermeiden Sie die folgenden Situationen?

Beurteilen Sie den Ausprägungsgrad der Angst und der Vermeidung anhand der folgenden Skala:

keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst	
0	1	2	3	
vermeidet nie	vermeidet manchmal	vermeidet häufig	vermeidet immer	
			Angst/	Vermeidung

- *2.1** *Von zu Hause oder einer wichtigen Bezugsperson (z. B. Partner, Kind) getrennt sein bzw. befürchten getrennt zu werden.* _____
- *2.2** *Eine wichtige Bezugsperson verlieren bzw. dass dieser etwas zustoßen könnte (z. B. Krankheit, Verletzung, Unglück, Tod).* _____
- *2.3** *Ein unerwünschtes Ereignis (z. B. Entführung, Unfall, Krankheit) führt zu einer plötzlichen Trennung von einer wichtigen Bezugsperson.* _____
- *2.4** *Aus dem Haus gehen, um zur Schule, Arbeit oder wo anders hinzugehen.* _____
- *2.5** *Alleine ohne eine wichtige Bezugsperson zu Hause bzw. an einem anderen Ort sein.* _____
- *2.6** *Wo anders als zu Hause schlafen oder ohne eine wichtige Bezugsperson in der Nähe schlafen.* _____
- *2.7** *Alpträume über Trennungssituationen.* _____
- *2.8** *Körperliche Symptome (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen), wenn Sie von einer wichtigen Bezugsperson getrennt werden oder dies befürchten.* _____

► Falls weniger als drei Symptome bei 2.1–2.8 erfüllt sind: weiter zu »Panikanfälle /Panikstörung« (S. 16).

3. *Haben Sie fast jedes Mal Angst, wenn Sie in diesen Situationen sind?*

JA _____ NEIN _____

*4.1 *Seit wann treten diese Angst und das Vermeidungsverhalten bei Ihnen auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

*4.2 *Dauert diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate an?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Panikattacke/Panikstörung« (S. 16).

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Furcht, Angst oder das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate anhalten.

5. Geschichte

5.1 *Erinnern Sie sich an das erste Mal, als Sie Angst vor den beschriebenen Situationen hatten oder diese vermieden haben?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

5.2 *Wie alt waren Sie? (Lebensalter):* _____

5.3 *Wo waren Sie?* _____

5.4 *Wie fing es an?* _____

5.5 *Was taten Sie?* _____

6.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie diese Angst in Trennungssituationen erlebt haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

6.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*7. Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Angst in Trennungssituationen als den Situationen angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

*8. Ausschluss von Substanzeffekten:

*8.1 Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Angst/Vermeidung begonnen hat irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*8.2 Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?

JA _____ NEIN _____

Ausschluss organischer Ursachen:

*9. Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Mittelohrentzündung, Schilddrüsenprobleme, Schwangerschaft, niedriger Blutzucker, Mitralklappenprolaps), die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *10.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Ängste in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- 11.** *Gab es neben dieser aktuellen Phase schon frühere Phasen, in denen Sie Angst davor hatten von Ihnen wichtigen Personen getrennt zu sein bzw. zu werden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Panikanfälle/Panikstörung

Panikanfälle

*1.1 Kommt es zurzeit vor, dass Sie plötzlich innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommen oder Ihnen ganz unwohl wird?

JA _____ NEIN _____

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

*1.2 Gab es jemals Zeiten, in denen Sie plötzlich innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommen haben oder Ihnen ganz unwohl wurde?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.3 Wann war die letzte Phase, in der dies auftrat?

Von (Mt./J.): _____ bis (Mt./J.): _____

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Agoraphobie« (S. 23).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 17 überzugehen (S. 22).

*2.1 In welchen Situationen haben Sie das erlebt?

Beschreiben: _____

*2.2 Treten diese Panikanfälle meistens unerwartet auf?

JA _____ NEIN _____

Bitte ankreuzen (mehrfaches Ankreuzen möglich):

unerwartete Panikattacken

erwartete Panikattacken (Situationen: _____)

*3. Erreicht der Panikanfall meistens seinen Höhepunkt innerhalb weniger Minuten?

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig keine Hinweise auf unerwartete Panikanfälle vorliegen und der Panikanfall nicht innerhalb von wenigen Minuten einen Höhepunkt erreicht: weiter zu »Agoraphobie« (S. 23).

Panikstörung

4. Wann war Ihr letzter typischer Panikanfall?

Datum: _____

*5. Symptomeinschätzungen

Nehmen Sie in diesem Abschnitt Symptomeinschätzungen nur für solche Panikanfälle vor, die unerwartet und in verschiedenen Situationen auftreten. Paniksymptome, die sich auf einen einzelnen Reiz beschränken (z. B. enge Räume, Höhen, soziale Situationen, zwanghafte Gedanken usw.), sollten hier nicht eingeschätzt werden. In einigen Mischfällen kann es angemessen sein, Einschätzungen sowohl in diesem Abschnitt als auch in späteren Abschnitten vorzunehmen.

Lassen Sie jeweils den Schweregrad jedes einzelnen Symptoms einschätzen, das während des letzten typischen Panikanfalles erlebt wurde.

Das DSM-5 definiert einen Panikanfall als eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst oder Unwohlseins, bei der mindestens vier der nachfolgend aufgeführten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von wenigen Minuten ihren Gipfel erreichen.

Schätzen Sie den Schweregrad der typischen Symptome anhand der folgenden Skala ein:

keine	leichte	starke	sehr starke
Beunruhigung	Beunruhigung	Beunruhigung	Beunruhigung
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Stellen Sie folgende Fragen, um die Symptome einzuschätzen:

Während Ihres letzten typischen Panikanfalles, erlebten Sie da... ?

Wie schwerwiegend/beunruhigend war (...)?

Hinweis: Falls Zweifel bestehen, ob das Symptom typisch ist, fragen Sie:

Erleben Sie das bei fast jedem Panikanfall?

	Schweregrad/ Beunruhigung
*5.1 ... <i>Herzklopfen, Herzrasen oder beschleunigter Herzschlag</i>	_____
*5.2 ... <i>Schwitzen</i>	_____
*5.3 ... <i>Zittern oder Beben</i>	_____
*5.4 ... <i>Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot</i>	_____
*5.5 ... <i>Erstickungsgefühle</i>	_____
*5.6 ... <i>Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust</i>	_____
*5.7 ... <i>Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden</i>	_____
*5.8 ... <i>Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein</i>	_____
*5.9 ... <i>Gefühle der Unwirklichkeit oder des Sich-Losgelöst-Fühlens</i>	_____
*5.10 ... <i>Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden</i>	_____
*5.11 ... <i>Angst zu sterben</i>	_____
*5.12 ... <i>Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen</i>	_____
*5.13 ... <i>Hitzewallungen oder Kälteschauer</i>	_____

Hinweis: Falls für den letzten typischen Panikanfall weniger als vier Symptome erfüllt sind, wiederholen Sie obige Symptomeinschätzung, indem Sie abklären, ob jemals ein Panikanfall mit mindestens vier Symptomen auftrat.

► Falls eindeutig weniger als vier Symptome (5.1–5.13) erfüllt sind: weiter zu »Agoraphobie« (S. 23).

Ich möchte Ihnen jetzt eine Reihe von Fragen über die gegenwärtige Phase von Panikanfällen stellen.

6. Wie oft erleben Sie Panikanfälle?

Durchschnittliche Häufigkeit pro Monat: _____

***7.1 Haben Sie sich im letzten Monat Sorgen gemacht wieder einen Panikanfall zu bekommen?**

JA _____ **NEIN** _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 7.3.

***7.2 Wie stark waren Ihre Sorgen einen weiteren Panikanfall zu bekommen?**

Beurteilen Sie die den Ausprägungsgrad der Sorgen/Beunruhigung anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

keine	mäßige	starke	sehr starke
Beunruhigung	Beunruhigung	Beunruhigung	Beunruhigung
0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer
besorgt	besorgt	besorgt	besorgt

Sorge/Beunruhigung: _____ (0–3)

► Falls es keine Anhaltspunkte für eine fortdauernde Beunruhigung/Besorgtheit während des letzten Monats gibt, dann fragen Sie:

***7.3 Gab es seit Ihrem ersten Panikanfall jemals einen Zeitraum von mindestens einem Monat, in dem Sie sich Sorgen darüber machten, dass Sie weitere Panikanfälle bekommen könnten?**

JA _____ **NEIN** _____

► Falls **NEIN**: weiter zu »Agoraphobie« (S. 23).

7.4 Wann war das? Von (Mt./J.): _____ bis (Mt./J.): _____

*8. *Haben Sie im Anschluss an einen Panikanfall über mindestens einen Monat hinweg befürchtet, dass der Panikanfall bedeutet, ...*

*8.1 *... dass Sie verrückt werden?*

JA _____ NEIN _____

*8.2 *... dass Sie einen Herzinfarkt erleiden?*

JA _____ NEIN _____

*8.3 *... dass Sie die Kontrolle verlieren?*

JA _____ NEIN _____

*8.4 *... dass der Panikanfall andere schlimme Konsequenzen haben könnte?*

JA _____ NEIN _____

*9. *Haben Sie aufgrund der Panikanfälle Ihr Verhalten verändert, um das Auftreten weiterer Panikanfälle zu vermeiden (z. B. Ihren Körper genau beobachtet, aufregende oder für Sie unbekannt Situationen vermieden)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*10. *Haben Sie bestimmte Situationen vermieden (z. B. im Rahmen einer Agoraphobie, Spezifischen Phobie, Posttraumatischen Belastungsstörung)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*11. Ausschluss von Substanzeffekten:

*11.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seit diesem ersten Anfall irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*11.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***12. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Mittelohrentzündung, Schilddrüsenprobleme, Schwangerschaft, niedriger Blutzucker, Mitralklappenprolaps), die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

13. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Angst belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

14. *Was scheint Ihrer Meinung nach die Panikanfälle auszulösen?*

Fragen Sie nach internalen (Gedanken, Empfindungen, Vorstellungen) und externalen (gefürchtete Situationen; Situationen, die erhöhte Selbstaufmerksamkeit auslösen; körperliche Effekte verschiedener Aktivitäten wie Sport, Kaffeekonsum; etc.) Auslösern.

Beschreiben: _____

15. *Was tun Sie, wenn ein Panikanfall auftritt?*

Beschreiben: _____

16.1 *Erinnern Sie sich an irgendetwas, das dazu beigetragen haben könnte, dass es zu Ihrem ersten Panikanfall kam?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

16.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17. *Wie stark werden Sie durch die Panikanfälle in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Aktivitäten, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

18. *Gab es neben dieser aktuellen Phase von Panikanfällen und/oder Sorgen in Bezug auf Panikanfälle schon frühere Phasen, in denen es Ihnen ähnlich erging?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Agoraphobie

***1.1** *Gibt es Situationen in denen Sie Angst haben (z. B. beim Autofahren, Schlange stehen oder in Kaufhäusern, Menschenmengen oder engen, geschlossenen Räumen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.1: weiter zu Frage 1.6.

***1.2** *Vermeiden Sie diese Situationen, weil es schwierig oder peinlich wäre, die Situationen zu verlassen, falls Sie sich plötzlich schwach, panisch oder krank fühlen würden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.2: weiter zu Frage 1.6.

***1.3** *Sind Sie in Situationen angespannt (z. B. Autofahren, Schlange stehen, sich in Menschenmengen, enge, geschlossene Räume oder Kaufhäuser zu begeben), da Sie befürchten, dort könnten unangenehme, beschämende (z. B. in ältere Menschen fallen, in die Hose machen) oder panikartige Symptome (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) auftreten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

***1.4** *Welche Symptome befürchten Sie dort zu bekommen?*

Beschreiben: _____

***1.5** *Haben Sie Angst vor solchen Situationen, weil Sie im Falle eines Panikanfalles oder von möglicherweise auftretenden panikähnlichen Symptomen (z. B. Benommenheit, Angst zu sterben) nicht rechtzeitig Hilfe bekommen könnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1, 1.2, 1.3 oder 1.5: weiter zu »Angstratings« (Frage 2.1, S. 25).

***1.6** Gab es jemals eine Zeit, in der Sie Angst vor Situationen, wie z. B. beim Autofahren, Schlange stehen oder in Menschenmengen, engen, geschlossenen Räumen oder Kaufhäusern hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.6: »Soziale Angststörung« (S. 32).

***1.7** Vermieden Sie diese Situationen, weil es schwierig oder peinlich wäre, die Situationen zu verlassen, falls Sie sich plötzlich schwach, panisch oder krank fühlen würden?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.7: »Soziale Angststörung« (S. 32).

***1.8** Gab es jemals eine Zeit, in der Sie in Situationen angespannt waren (z. B. Autofahren oder Schlange stehen, sich in Menschenmengen, enge, geschlossene Räume oder Kaufhäuser zu begeben), da Sie befürchteten, dort könnten unangenehme, beschämende (z. B. in ältere Menschen fallen, in die Hose machen) oder panikartige Symptome (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) auftreten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

***1.9** Welche Symptome befürchteten Sie dort zu bekommen?

Beschreiben: _____

*1.10 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie Angst vor solchen Situationen hatten, weil Sie im Falle eines plötzlichen Panikanfalles oder von möglicherweise auftretenden panikähnlichen Symptomen (z. B. Benommenheit, Durchfall, Verlust der Blasenkontrolle, sich übergeben) nicht rechtzeitig Hilfe hätten bekommen können?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.11 Wann ist eine solche Angst zum letzten Mal aufgetreten?

Datum (Mt./J.): _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.3, 1.5–1.8 und 1.10 und keine Anamnese von Panikstörung: weiter zu »Soziale Angststörung« (S. 32).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 14 überzugehen (S. 31).

2. Sie haben beschrieben, dass Sie in bestimmten Situationen Angst haben oder dass Sie bestimmte Situationen vermeiden.

*2.1 Macht es in diesen Situationen einen Unterschied, ob Sie in Begleitung sind? Gibt es bestimmte Personen, in deren Begleitung Sie sich sicher fühlen?

JA _____ NEIN _____

2.2 Wer ist diese Person? _____

*3. Protokollieren Sie auf der nächsten Seite, welche Situationen gefürchtet bzw. vermieden werden oder ob diese nur in Begleitung durchgestanden werden. Für eine Therapieplanung kann zusätzlich der Aktivitätsspielraum bestimmt werden und in der 4. Spalte (Kommentar) eingetragen werden. Beim Kommentar kann also beispielsweise notiert werden, wie weit etwa sich die befragte Person alleine mit dem Auto außerhalb des Wohnortes bewegt.

Die Ratings sollten sich nur auf die Antizipation von Panik- oder panikartigen Symptomen (z. B. Durchfall) beziehen. Angst/Vermeidung, die durch andere Gründe, (z. B. Spezifische oder Soziale Angststörung) verursacht sind, wird mit 0 bewertet.

Ich werde Ihnen nun verschiedene Situationen nennen und Sie jeweils fragen:

Ausprägung der Angst bzw. der Vermeidung:

Wie ausgeprägt ist Ihre Angst in folgenden Situationen?

Wie häufig vermeiden Sie folgende Situationen?

keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst
0	1	2	3
vermeidet nie	vermeidet manchmal	vermeidet häufig	vermeidet immer

	Angst	Angst in Begleitung	Vermeidung	Kommentar
<u>(Öffentliche) Verkehrsmittel</u>				
*3.1 Autofahren	_____	_____	_____	_____
*3.2 Busfahren	_____	_____	_____	_____
*3.3 Zugfahren	_____	_____	_____	_____
*3.4 Schifffahren	_____	_____	_____	_____
*3.5 Fliegen	_____	_____	_____	_____
*3.6 Andere: _____	_____	_____	_____	_____
<u>Öffentliche Plätze</u>				
*3.7 Parkplätze	_____	_____	_____	_____
*3.8 Marktplätze	_____	_____	_____	_____
*3.9 Brücken	_____	_____	_____	_____
*3.10 Andere: _____	_____	_____	_____	_____

	Angst	Angst in Begleitung	Vermeidung	Kommentar
<u>Geschlossene Räume</u>				
*3.11 <i>Kino, Theater etc.</i>	_____	_____	_____	_____
*3.12 <i>Geschäfte/Supermärkte</i>	_____	_____	_____	_____
*3.13 <i>Fahrstühle/Lift</i>	_____	_____	_____	_____
*3.14 <i>Geschlossene, enge Räume, Tunnel etc.</i>	_____	_____	_____	_____
*3.15 <i>Allein zu Hause sein</i>	_____	_____	_____	_____
*3.16 <i>Andere: _____</i>	_____	_____	_____	_____
<u>Menschenmengen</u>				
*3.17 <i>Schlange stehen</i>	_____	_____	_____	_____
*3.18 <i>Menschenansammlungen</i>	_____	_____	_____	_____
*3.19 <i>Andere: _____</i>	_____	_____	_____	_____
<u>Draußen alleine sein</u>				
*3.20 <i>Aus dem Haus gehen</i>	_____	_____	_____	_____
*3.21 <i>Andere: _____</i>	_____	_____	_____	_____

Hinweis: Bei einer Agoraphobie muss mehr als einer der verschiedenen Situationsbereiche (öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche Plätze, geschlossene Räume, Menschenmengen, draußen alleine sein) betroffen sein. Falls nur eine Situation betroffen ist, sollte alternativ die Diagnose Spezifische Phobie in Betracht gezogen werden.

Hinweis: Falls es einen Unterschied macht, ob eine Person eine Situation mit oder ohne Begleitung leichter aufsuchen kann, beziehen Sie die folgenden Fragen auf die schwierigere Situation.

Hinweis: Falls **JA** unter 3.20–3.21, dürfen die Schwierigkeiten nicht in Verbindung mit einer Störung mit Trennungsangst stehen.

*4. *Haben Sie fast jedes Mal Angst, wenn Sie in diesen Situationen sind?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig keine Hinweise auf klinisch relevante Angst oder Vermeidung in einer oder mehrerer dieser Situationen (3.1–3.21): weiter zu »Soziale Angststörung« (S. 32).

Bestimmen Sie, ob besondere Umstände, Gegenstände oder Rituale benutzt werden, die helfen, die Angst auslösenden Situationen aufzusuchen («safety signals»): z. B. das Mitführen von Medikamenten, Handy, Getränken, bestimmten Büchern, Entspannungsanweisungen oder anderen Gegenständen oder die Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder Getränke (z. B. koffeinhaltiger Getränke).

*5. *Gibt es irgendwelche Dinge, die Sie mit sich tragen oder tun, um sich in den oben genannten Situationen wohler zu fühlen (z. B. Mitführen von Medikamenten, Mobiltelefon, Getränken, usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

6. *Was denken Sie könnte geschehen, wenn Sie in einer Situation festsitzen, die Sie üblicherweise vermeiden (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, ohnmächtig werden, schreien, durchdrehen, Kontrollverlust, Peinlichkeiten usw.)?*

Beschreiben: _____

7. *Was tun Sie gewöhnlich, wenn Sie einen Panikanfall haben oder sehr ängstlich sind (z. B. flüchten, um Hilfe rufen, durchhalten, niemals irgendwo hingehen, wo Angst entstehen könnte usw.)?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Diese Frage kann sich mit Informationen überlappen, die unter Panikstörung (Frage 15, S. 31) gewonnen wurden. In diesem Fall notieren Sie, wo diese Informationen gefunden werden können.

8. Geschichte:

8.1 *Erinnern Sie sich an das erste Mal, als Sie fühlten, dass Sie (...) nicht aufsuchen konnten oder verlassen mussten?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

8.2 *Wie alt waren Sie? (Lebensalter):* _____

8.3 *Wo waren Sie?* _____

8.4 *Mit wem waren Sie zusammen?* _____

8.5 *Wie fing es an?* _____

8.6 *Was taten Sie?* _____

*9. Ausschluss von Substanzeffekten:

*9.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Angst/Vermeidung begonnen hat irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*9.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

*10. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder während der Beschwerden besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben könnten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***11.1** *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Angst belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): _____

***11.2** *Dauert diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ **NEIN** _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Mt./J.): _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Soziale Angststörung« (S. 32).

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Furcht, Angst oder das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate anhalten.

12.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu beigetragen haben könnte, dass Sie diese Angst zum ersten Mal erlebten?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

12.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

***13. Abklärung der Angemessenheit**

Würden Sie die beschriebene Angst in den besprochenen Situationen oder an den besprochenen Orten als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

14. *Wie stark werden Sie durch diese gerade besprochenen Ängste/Vermeidung in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

15. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich in den eben angesprochenen Situationen ängstlich fühlten oder diese Situationen vermieden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Soziale Angststörung (Soziale Phobie)

***1.1** *Fühlen Sie sich sehr ängstlich oder besorgt in sozialen Situationen, in denen Sie von anderen beobachtet oder beurteilt werden könnten (z. B. ein Gespräch führen, Ihnen unbekannte Personen treffen, essen oder trinken vor anderen, eine Rede halten usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.4.

***1.2** *Machen Sie sich starke Sorgen darüber, dass Sie sich so verhalten könnten (z. B. peinlich oder demütigend), dass andere schlecht von Ihnen denken (z. B. ablehnend oder zurückweisend)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.3** *Machen Sie sich starke Sorgen darüber, dass Sie sich in sozialen Situationen so verhalten könnten (z. B. peinlich oder demütigend), dass anderen Ihnen Ihre Aufregung ansehen (z. B. Erröten, Zittern usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1 und JA bei 1.2 oder 1.3: weiter zu Frage 2.

***1.4** *Haben Sie sich jemals in sozialen Situationen, in denen Sie von anderen beobachtet oder beurteilt werden könnten (z. B. ein Gespräch führen, Ihnen unbekannte Personen treffen, essen oder trinken vor anderen, eine Rede halten usw.) sich sehr ängstlich oder besorgt gefühlt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN**: weiter zu »Spezifische Phobie« (S. 40).

*1.5 Haben Sie sich jemals starke Sorgen darüber gemacht, dass Sie sich so verhalten könnten (z. B. peinlich oder demütigend), dass andere schlecht von Ihnen denken (z. B. ablehnend oder zurückweisend)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.6 Haben Sie sich jemals starke Sorgen darüber gemacht, dass Sie sich in sozialen Situationen so verhalten könnten (z. B. peinlich oder demütigend), dass andere Ihnen Ihre Aufregung ansehen (z. B. Erröten, Zittern usw.)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

1.7 Wann war die letzte Phase, in der diese Angst aufgetreten ist?

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.2 oder 1.3 und eindeutig **NEIN** bei 1.5 oder 1.6: weiter zu »Spezifische Phobie« (S. 40).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 14 überzugehen (S. 39).

*2. Schätzen Sie für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung anhand der folgenden Skalen ein. Notieren Sie jeweils das Ausmaß von Angst und Vermeidung in den vorgegebenen Spalten. Notieren Sie unter der Spalte »Kommentar« weitere klinische Informationen (z. B. ob die Angst über dem in Situation zu erwartenden Niveau liegt oder in einem kulturellen Kontext steht).

Ich werde Ihnen im Folgenden einige Situationen beschreiben und Sie jeweils fragen, wie Sie sich in jeder Situation fühlen oder fühlen würden, und wie stark Sie diese Situationen vermeiden.

Ausprägung der Angst bzw. der Vermeidung:

Wie ausgeprägt ist Ihre Angst in folgenden Situationen?

Wie häufig vermeiden Sie folgende Situationen?

Hinweis: Beurteilen Sie den Ausprägungsgrad der Angst bzw. der Vermeidung anhand der folgenden Skala:

	keine Angst 0 vermeidet nie	leichte Angst 1 vermeidet manchmal	starke Angst 2 vermeidet häufig	sehr starke Angst 3 vermeidet immer	Angst	Vermeidung
*2.1 <i>Partys</i>					_____	_____
*2.2 <i>Treffen, Zusammenkünfte, Tagungen, Schule</i>					_____	_____
*2.3 <i>Essen in der Öffentlichkeit</i>					_____	_____
*2.4 <i>Benutzen öffentlicher Toiletten</i>					_____	_____
*2.5 <i>Mit vertrauten Personen sprechen</i>					_____	_____
*2.6 <i>Vor einer Gruppe sprechen/förmliches Sprechen</i>					_____	_____
*2.7 <i>Auftritte</i>					_____	_____
*2.8 <i>Mit unvertrauten Personen sprechen</i>					_____	_____
*2.9 <i>Vor anderen schreiben (Schecks unterschreiben, Formulare ausfüllen)</i>					_____	_____
*2.10 <i>Rendezvous, Verabredungssituationen</i>					_____	_____
*2.11 <i>Mit Autoritätspersonen sprechen</i>					_____	_____
*2.12 <i>Selbstsicher auftreten, z. B.:</i>						
*(1) <i>unvernünftige Ansprüche zurückweisen</i>					_____	_____
*(2) <i>andere bitten, ihr Verhalten zu ändern</i>					_____	_____
*2.13 <i>Ein Gespräch beginnen</i>					_____	_____
*2.14 <i>Ein Gespräch aufrechterhalten</i>					_____	_____
*2.15 <i>Prüfungen</i>						
*(1) <i>mündlich</i>					_____	_____
*(2) <i>schriftlich</i>					_____	_____
*2.16 <i>Andere Situationen</i>			*(1) _____		_____	_____
			*(2) _____		_____	_____

► Falls eindeutig keine Hinweise auf Angst/Vermeidung in sozialen oder Leistungssituationen: weiter zu »Spezifische Phobie« (S. 40).

Hinweis: Falls mehrere Situationen Angst und Vermeidung auslösen, erfragen Sie bezüglich der wichtigsten Situationen (≥ 2).

Bestimme, ob: Tritt die Angst ausschließlich in 2.6 und/oder 2.7 im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit auf, ist eine Soziale Angststörung mit der Zusatzcodierung „nur Auftritte betreffend“ zu vergeben.

***3.1** *Seit wann treten diese Angst und das Vermeidungsverhalten bei Ihnen auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

***3.2** *Dauern diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ **NEIN** _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Spezifische Phobie« (S. 40).

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Furcht, Angst oder das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate anhalten.

4. *Was befürchten Sie, kurz bevor Sie sich in diese Situationen begeben, während Sie in der Situation sind und nachdem Sie in der Situation waren?*

Beschreiben:

(vorher): _____

(während): _____

(danach): _____

5. *Ich möchte Ihnen einige Symptome nennen, die in solchen Situationen auftreten können. Bitte beschreiben Sie, ob Sie folgende Symptome bei sich kennen und wie stark Sie diese erleben.*

Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Schweregrad

- | | | |
|------|---|-------|
| 5.1 | <i>Kurzatmigkeit oder Atemnot</i> | _____ |
| 5.2 | <i>Erröten oder rote Flecken auf Haut</i> | _____ |
| 5.3 | <i>Erstickungs- oder Würgegefühle</i> | _____ |
| 5.4 | <i>Herzklopfen, -rasen oder -stolpern</i> | _____ |
| 5.5 | <i>Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust</i> | _____ |
| 5.6 | <i>Schwitzen (z. B. nasse Hände)</i> | _____ |
| 5.7 | <i>Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle</i> | _____ |
| 5.8 | <i>Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden</i> | _____ |
| 5.9 | <i>Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins</i> | _____ |
| 5.10 | <i>Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen</i> | _____ |
| 5.11 | <i>Hitzewallungen oder Kälteschauer</i> | _____ |
| 5.12 | <i>Zittern oder Beben</i> | _____ |
| 5.13 | <i>Todesangst</i> | _____ |
| 5.14 | <i>Angst, verrückt zu werden</i> | _____ |
| 5.15 | <i>Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun</i> | _____ |

*6. *Erleben Sie die Angst nahezu jedes Mal, wenn Sie (...) begegnen?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls in dem Abschnitt zur Panikstörung eine Anamnese unerwarteter Angstanfälle erfasst wurde, stellen Sie fest, ob das soziale Vermeidungsverhalten mit der Angst vor solchen Angstanfällen in Verbindung steht. Explorieren Sie, ob die Angst sofort bei Konfrontation mit der phobischen Situation entsteht oder ob sie manchmal verzögert eintritt.

***7.1** *Tritt die Angst sofort auf wenn Sie sich in die Situation begeben oder sobald Sie wissen, dass Sie sich in die Situation begeben werden?*

JA _____ NEIN _____

***7.2** *Vermeiden Sie diese Situationen, weil Sie Angst haben, dass Sie einen unerwarteten Angstanfall haben werden?*

JA _____ NEIN _____

8. *Macht es in diesen Situationen einen Unterschied, ob die Leute (...) sind?*

Kreuzen Sie an, welche Bedingungen erleichternd sind:

weiblich _____ *männlich* _____ *kein Unterschied* _____

älter _____ *jünger* _____ *kein Unterschied* _____

attraktiv _____ *weniger attraktiv* _____ *kein Unterschied* _____

verheiratet _____ *unverheiratet* _____ *kein Unterschied* _____

Freunde _____ *Fremde* _____ *kein Unterschied* _____

große Gruppe _____ *kleine Gruppe* _____ *kein Unterschied* _____

informell (z. B. Partys) _____ *formell (z. B. Tagung)* _____ *kein Unterschied* _____

Andere:

Beschreiben: _____

***9.** Ausschluss von Substanzeffekten:

***9.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Angst in sozialen Situationen erleben irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*9.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

*10. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*11. Ausschluss kulturelle Ursachen:

Haben Sie Angst sich in den beschriebenen Situationen so zu verhalten, dass Sie andere damit in Verlegenheit bringen könnten?

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Vor allem im japanischen und koreanischen Kulturraum aber auch kollektivistischen Gesellschaften kann das sogenannte „Taijin kyofusho“ Syndrom das Erscheinungsbild einer Sozialen Angststörung annehmen.

12.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie diese Angst in sozialen oder Leistungssituationen erlebt haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

12.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*13. Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Angst in sozialen Situationen oder Leistungssituationen als für die Situationen angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

- *14.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Ängste in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- 15.** *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich in sozialen oder Leistungssituationen ängstlich fühlten oder diese Situationen vermieden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Spezifische Phobie

***1.1** *Gibt es Situationen oder Objekte (z. B. Tiere, Höhen, Stürme, Wasser, Blut, Autofahren, medizinische Behandlungen, usw.) vor denen Sie sich intensiv fürchten oder starke Angst haben und die Sie versuchen zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.

***1.2** *Gab es jemals Situationen oder Objekte, vor denen Sie sich intensiv gefürchtet haben oder starke Angst hatten und die Sie versucht haben zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Generalisierte Angststörung« (S. 52).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzugehen (S. 46).

***2.** Schätzen Sie für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung mit Hilfe der folgenden Skalen ein. Notieren Sie jeweils das Ausmaß von Angst und Vermeidung in den vorgegebenen Spalten. Notieren Sie unter „Kommentar“ weitere wichtige klinische Informationen (z. B. Häufigkeit, mit der die gefürchtete Situation auftritt oder ob die Angst in einem soziokulturell akzeptierten Ausmaß auftritt).

Ich werde Ihnen im Folgenden einige Situationen, Objekten oder Tätigkeiten beschreiben und Sie jeweils fragen, wie Sie sich in jeder Situation, Tätigkeit oder Konfrontation mit dem Objekt fühlen oder fühlen würden, und wie häufig Sie diese Situationen, Tätigkeiten oder Objekte vermeiden.

Erfragen Sie für jede Situation:

Ausprägung der Angst bzw. Vermeidung:

Wie stark ist Ihre Angst in folgenden Situationen/Objekten?

Wie häufig vermeiden Sie folgende Situationen/Objekten?

Hinweis: Beurteilen Sie den Ausprägungsgrad der Angst bzw. Vermeidung anhand der folgenden Skala:

keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst
0	1	2	3
vermeidet nie	vermeidet manchmal	vermeidet häufig	vermeidet immer

	Angst	Vermeidung
--	-------	------------

Tiere: Welche (z. B. Spinnen, Schlangen, Insekten, Hunde, usw.)?

*2.1 Tier 1: _____

	_____	_____
--	-------	-------

*2.2 Tier 2: _____

	_____	_____
--	-------	-------

Umwelt, z. B.:

*2.3 Höhen

	_____	_____
--	-------	-------

*2.4 Stürme

	_____	_____
--	-------	-------

*2.5 Wasser

	_____	_____
--	-------	-------

*2.6 Sonstige Umwelt : _____

	_____	_____
--	-------	-------

Blut, Spritzen oder Verletzungen, z. B.:

*2.7 Blut sehen

	_____	_____
--	-------	-------

*2.8 Sie/jemand anderes erhält
eine Spritze (Injektion)

	_____	_____
--	-------	-------

*2.9 Ihnen/jemand anderem wird Blut abgenommen

	_____	_____
--	-------	-------

Situativ, z. B.:

*2.10 Flugzeuge

	_____	_____
--	-------	-------

*2.11 Aufzüge

	_____	_____
--	-------	-------

	Angst	Vermeidung
*2.12 <i>enge geschlossene Räume</i>	_____	_____
*2.13 <i>Sonstige Situationen</i>	_____	_____
<u>Sonstiges</u> , z. B.:		
*2.14 <i>Medizinische oder zahnärztliche Behandlungen</i>	_____	_____
*2.15 <i>Sich verschlucken, ersticken</i>	_____	_____
*2.16 <i>Erbrechen</i>	_____	_____
*2.17 <i>Sich anstecken</i>	_____	_____
*2.18 <i>Sonstiges</i>	_____	_____

Hinweis: Wenn bestimmte Situationen im Kontext einer Agoraphobie gefürchtet werden, wird keine zusätzliche Diagnose einer Spezifischen Phobie (z. B. Klaustrophobie) gegeben.

► Falls eindeutig keine Hinweise für Angst oder Vermeidung in spezifischen Situationen: weiter zu »Generalisierte Angststörung« (S. 52).

Hinweis: Stellen Sie die folgenden Fragen für jede bedeutsame Phobie (von ≥ 2). Falls mehrere spezifische Phobien vorliegen, beziehen Sie sich in einem ersten Durchgang auf die schwerwiegendste Spezifische Phobie.

Spezifische Phobie 1: _____

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu Ihrer aktuell schwerwiegendsten Angst/Phobie stellen:

3. *Was befürchten Sie, kurz bevor Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen, während Sie in der Situation sind/dem Objekt begegnen und nachdem Sie in der Situation waren/dem Objekt begegnet sind?*

Beschreiben: _____

(vorher): _____

(während): _____

(danach): _____

4. Erleben Sie (...), wenn Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen?

Hinweis: Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome mit Hilfe der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Schweregrad

4.1 *Kurzatmigkeit oder Atemnot* _____

4.2 *Erstickungs- oder Würgegefühle* _____

4.3 *Herzklopfen, -rasen oder -stolpern* _____

4.4 *Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust* _____

4.5 *Schwitzen* _____

4.6 *Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle* _____

4.7 *Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden* _____

4.8 *Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins* _____

4.9 *Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen* _____

4.10 *Hitzewallungen oder Kälteschauer* _____

4.11 *Zittern oder Beben* _____

4.12 *Todesangst* _____

4.13 *Angst, verrückt zu werden* _____

4.14 *Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun* _____

*5. *Erleben Sie die Angst nahezu jedes Mal, wenn Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls in dem Abschnitt zur Panikstörung eine Anamnese unerwarteter Angstanfälle erfasst wurde, stellen Sie fest, ob das Vermeidungsverhalten mit der Angst vor solchen Angstanfällen in Verbindung steht:
 Explorieren Sie, ob die Angst sofort bei Konfrontation mit der phobischen Situation entsteht oder ob sie manchmal verzögert eintritt.

***6.1** *Tritt die Angst sofort auf, wenn Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen oder sobald Sie wissen, dass Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen werden?*

JA _____ NEIN _____

***6.2** *Nimmt die Angst zu, sobald Sie wissen, dass Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen werden oder dem Objekt näher kommen?*

JA _____ NEIN _____

***6.3** *Vermeiden Sie diese Situationen/Objekte, weil Sie befürchten, dass Sie einen unerwarteten Angstanfall haben werden?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

***6.4** *Haben Sie auch schon unerwartete Angst-/Panikanfälle außerhalb dieser spezifischen Situation gehabt?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

***6.5** *In welcher Situation war das?* _____

Hinweis: Falls **JA** bei 6.3 oder 6.4, erwägen Sie, ob die Angst unter Panikstörung subsumiert werden kann.

***7.** *Dauert diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Generalisierte Angststörung« (S. 52).

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Furcht, Angst oder das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate anhalten.

***8. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***8.1** *Nahmen Sie, unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Angst vor _____ erleben, irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***8.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol die Symptome möglicherweise verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***9. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

10. *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal in diesem Ausmaß Angst vor _____ erlebt haben, sodass Sie dadurch belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

11.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie Angst vor dieser Situation entwickelten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekannten, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***12. Abklärung der Angemessenheit**

Würden Sie die beschriebene Angst gegenüber den besprochenen Situationen, Objekten oder Ereignissen als (soziokulturell) angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***13.** *Wie stark werden Sie durch diese Angst vor _____ in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

► Falls eine weitere bedeutsame Phobie (≥ 2) vorliegt, fahren Sie mit den folgenden Fragen fort.

► Falls keine weitere bedeutsame Phobie vorliegt: weiter mit Frage 25 (S. 51).

Spezifische Phobie 2: _____

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu Ihrer zweiten Angst/Phobie stellen:

14. *Was befürchten Sie, kurz bevor Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen, während Sie in der Situation sind/dem Objekt begegnen und nachdem Sie in der Situation waren/dem Objekt begegnet sind?*

Beschreiben: _____

(vorher): _____

(während): _____

(danach): _____

15. *Erleben Sie (...) wenn Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen?*

Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Schweregrad

15.1 *Kurzatmigkeit oder Atemnot* _____

15.2 *Erstickungs- oder Würgegefühle* _____

15.3 *Herzklopfen, -rasen oder -stolpern* _____

15.4 *Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust* _____

15.5 *Schwitzen* _____

15.6 *Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle* _____

15.7 *Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden* _____

15.8 *Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins* _____

15.9 *Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen* _____

15.10 *Hitzewallungen oder Kälteschauer* _____

Schweregrad

15.11 *Zittern oder Beben* _____15.12 *Todesangst* _____15.13 *Angst, verrückt zu werden* _____15.14 *Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun* _____*16. *Erleben Sie die Angst nahezu jedes Mal, wenn Sie dieser Situation/diesem Objekt begegnen?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls in dem Abschnitt zur Panikstörung eine Anamnese unerwarteter Angstanfälle erfasst wurde, stellen Sie fest, ob das Vermeidungsverhalten mit der Angst vor solchen Angstanfällen in Verbindung steht. Explorieren Sie, ob die Angst sofort bei Konfrontation mit der phobischen Situation entsteht oder ob sie manchmal verzögert eintritt.

*17.1 *Tritt die Angst sofort auf, wenn Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen oder sobald Sie wissen, dass Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen werden?*

JA _____ NEIN _____

*17.2 *Nimmt die Angst zu, sobald Sie wissen, dass Sie die Situation erleben/dem Objekt begegnen werden oder dem Objekt näher kommen?*

JA _____ NEIN _____

*17.3 *Vermeiden Sie diese Situationen/Objekte, weil Sie befürchten, dass Sie einen unerwarteten Angstanfall haben werden?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

*17.4 *Haben Sie auch schon unerwartete Angst-/Panikanfälle außerhalb dieser spezifischen Situation gehabt?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

*17.5 *In welcher Situation war das?* _____

Hinweis: Falls JA bei 17.3 oder 17.4, erwägen Sie, ob die Angst unter Panikstörung subsumiert werden kann.

► Falls die Angst/Vermeidung eindeutig mit Angstanfällen zusammenhängt, die bereits im Abschnitt zur Panikstörung erfasst wurden: weiter zu »Generalisierte Angststörung« (S. 52).

***18.** *Dauert diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Generalisierte Angststörung« (S. 52).

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Furcht, Angst oder das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate anhalten.

***19.** Ausschluss von Substanzeffekten:

***19.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Angst vor _____ erleben irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***19.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol die Symptome möglicherweise verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***20.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

21. *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal in diesem Ausmaß Angst vor _____ erlebt haben, sodass Sie dadurch belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Mt./J.): _____

22.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie Angst vor dieser Situation/diesem Objekt entwickelten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

22.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*23. Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Angst gegenüber den besprochenen Situationen, Objekten oder Ereignissen als (soziokulturell) angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

*24. *Wie stark werden Sie durch diese Angst vor _____ in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

25. *Gab es neben dieser aktuellen Phase, in der Sie sich vor bestimmten Dingen fürchten, frühere Phasen, in denen Sie sich vor ganz bestimmten Dingen oder Situationen fürchteten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Generalisierte Angststörung

Die Fragen dieses Abschnittes dienen der Feststellung von Anspannung bzw. Angst ohne für die Patienten ersichtlichen Grund oder von Angst in Zusammenhang mit übermäßiger Sorge über familiäre, berufliche, finanzielle und ähnliche Angelegenheiten sowie Sorgen über geringfügige Anlässe. Diese Anspannung oder Angst ist nicht Teil bzw. entsteht nicht in Antizipation von Panikanfällen oder phobischen Ängsten. Die Sorgen und die Anspannung sind auch nicht Teil einer affektiven oder psychotischen Störung.

***1.1** *Waren Sie in den letzten 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt und ängstlich bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.4.

1.2 *Welche Sorgen/Ängste waren das?*

Beschreiben: _____

***1.3** *Ist es schwierig für Sie, die Sorgen zu kontrollieren oder zu beenden, bzw. drängen sich Ihnen Ihre Sorgen auf, wenn Sie versuchen, sich auf etwas anderes zu konzentrieren (z. B. wenn Sie lesen, um sich abzulenken)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1 und 1.3: weiter zu Frage 3.

***1.4** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie über längere Phase hinweg ständig besorgt und ängstlich bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten waren?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.4: weiter zu »Manische/Hypomane Episode« (S. 61).

1.5 Welche Sorgen/Ängste waren das?

Beschreiben: _____

***1.6** War es dabei schwierig für Sie, die Sorgen zu kontrollieren oder zu beenden, bzw. drängten sich Ihnen Ihre Sorgen auf, wenn Sie versuchten, sich auf etwas anderes zu konzentrieren?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.7 Wann war die letzte Phase, in der diese Sorgen/Ängste auftraten?

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzugehen (S. 58).

► Falls als eine hauptsächliche Quelle der Anspannungen oder Befürchtungen genannt wird, z. B. »Ich befürchte, einen Angstanfall zu bekommen; Ich mache mir Sorgen, sobald ich weiß, dass ich eine Brücke zu überqueren habe«, zusätzlich fragen:

2.1 Gibt es andere Dinge als (...), die bei Ihnen Spannungsgefühle, Angst bzw. Sorge hervorrufen?

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

2.2 Welche Dinge sind das? _____

***3.** Spezifizieren Sie jeweils den Gegenstand der Sorgen, auch wenn die Informationen bereits oben erhoben wurden.

Zusätzliche Fragen können nötig sein, um zu bestimmen, ob die berichteten Sorgen nicht in Zusammenhang mit einer anderen gleichzeitig bestehenden Störung (z. B. Panikstörung, Soziale Angststörung) stehen. Wenn eindeutig geklärt ist, dass ein Bereich, auf den sich die Sorgen beziehen, ganz auf eine andere diagnostizierte Störung zurückgeführt werden kann, dann schätzen Sie diesen Bereich mit »0« ein.

Notieren Sie unter »Kommentar« klinisch relevante Informationen (z. B. komorbide Störungen, mit denen die Sorgen in Beziehung stehen).

Beurteilen Sie jeden Bereich, auf den sich die Sorgen beziehen, getrennt nach der Ausprägung der Sorgen (Häufigkeit/Schweregrad) und der wahrgenommenen Unkontrollierbarkeit, indem Sie die folgenden Skalen und Fragen benutzen.

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen über Sorgen bezüglich verschiedener Lebensbereiche stellen.

Ausprägung der Sorgen (Häufigkeit/Schweregrad):

Wie häufig sorgen Sie sich über _____ ?

Wie viel Anspannung und Angst erzeugen die Sorgen über _____ bei Ihnen?

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

nie	manchmal	häufig	immer
besorgt	besorgt	besorgt	besorgt
0	1	2	3
keine	leichte	starke	sehr starke
Anspannung	Anspannung	Anspannung	Anspannung

Unkontrollierbarkeit der Sorgen:

Ist es schwierig für Sie, die Sorgen über _____ zu kontrollieren, d. h. haben Sie Schwierigkeiten, die Sorgen zu beenden, oder ist es schwierig für Sie, die Sorgen über _____ zu kontrollieren, sodass sie sich Ihnen aufdrängen, wenn Sie versuchen, sich auf etwas anderes zu konzentrieren?

Beurteilen Sie den Ausprägungsgrad der Unkontrollierbarkeit der Sorgen anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	leichte	starke	sehr starke
Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten

Ausprägung der Sorgen	Unkontrollierbarkeit
--------------------------	----------------------

*3.1 Familie

_____	_____
-------	-------

*3.2 Arbeit oder Ausbildung

_____	_____
-------	-------

*3.3 Finanzen

_____	_____
-------	-------

*3.4 Eigene Gesundheit

_____	_____
-------	-------

*3.5 Gesundheit nahe stehender Personen

_____	_____
-------	-------

*3.6 Soziale/zwischenmenschliche Themen

_____	_____
-------	-------

	Ausprägung der Sorgen	Unkontrol- lierbarkeit
*3.7 <i>Kleinere Angelegenheiten, alltägliche Probleme (z. B. Pünktlichkeit oder kleinere Reparaturen)</i>	_____	_____
*3.8 <i>Gesellschaft bzw. Weltgeschehen</i>	_____	_____
*3.9 <i>Sonstiges 1</i>	_____	_____
*3.10 <i>Sonstiges 2</i>	_____	_____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1, 1.3 und 2.1 und/oder keine Hinweise auf übermäßige/unkontrollierbare Angst und Sorge: weiter zu »Manische/Hypomane Episode« (S. 61).

*4.1 *Wie lange leiden Sie schon unter diesen Sorgen/Ängsten?* _____

► Falls eindeutig < als 6 Monate: weiter zu Frage 4.2.

*4.2 *Litten Sie jemals mindestens sechs Monate lang an der Mehrzahl der Tage unter diesen Sorgen/Ängsten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN**: weiter zu »Manische/Hypomane Episode« (S. 61).

Falls **JA**:

4.3 *Wann war das?*

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

5. *Wenn Sie einen durchschnittlichen Tag in dieser Zeit – in der Sie sich viele Sorgen machten – betrachten, zu wie viel Prozent (welchen Teil) des Tages fühlten Sie sich angespannt, ängstlich, besorgt?*

_____ %

*6. *Ich werde Ihnen nun einige Symptome nennen, die zusammen mit den Sorgen auftreten können.*

Bitte geben Sie mir jeweils an, wie schwerwiegend Sie die jeweiligen Symptome in den vergangenen sechs Monaten erlebten und ob diese Symptome an mehr als der Hälfte der Tage vorkamen.

Hinweis: Berücksichtigen Sie keine Symptome, die im Zusammenhang mit anderen Störungen auftreten, wie z. B. Panikanfälle, Soziale Angststörung usw.

Beurteilen Sie den Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Schweregrad Mehrzahl der Tage

*6.1 *Ruhelosigkeit, Nervosität* _____ JA _____ NEIN _____

*6.2 *Leichte Ermüdbarkeit* _____ JA _____ NEIN _____

*6.3 *Konzentrationsschwierigkeiten oder
plötzlich etwas vergessen* _____ JA _____ NEIN _____

*6.4 *Reizbarkeit* _____ JA _____ NEIN _____

*6.5 *Muskelspannung* _____ JA _____ NEIN _____

*6.6 *Probleme einzuschlafen oder durchzu-
schlafen, unruhiger oder ober-
flächlicher Schlaf* _____ JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig nicht mindestens drei Symptome aus 6.1–6.6 erfüllt sind (wobei mindestens ein Symptom an der Mehrzahl der Tage vorliegen muss): weiter zu »Manische/Hypomane Episode« (S. 61).

7. Was löst typischerweise Ihre Sorgen aus (z. B. bestimmte Situationen oder Aktivitäten)?

Beschreiben: _____

8.1 Tun Sie aufgrund Ihrer Sorgen etwas, um sich zu beruhigen oder Ihre Angst/Anspannung zu reduzieren?

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Fragen Sie nach Reaktionen auf die Sorgen (z. B. Kontrollieren, präventive Aktivitäten, Beruhigung suchen, Ablenkung).

Sorgenbewältigung 1: _____

Sorgenbewältigung 2: _____

Explorieren Sie für jeden Sorgenbewältigungsversuch:

8.2 *Wie oft werden Sie durch Ihre Sorgen veranlasst, _____ zu tun?*

Schätzen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Sorgenbewältigung 1: _____ (0–3)

Sorgenbewältigung 2: _____ (0–3)

***9.** Ausschluss von Substanzeffekten:

***9.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Drogen oder Medikamenten oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie sich ständig sorgen bzw. ängstlich sind bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***9.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***10.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Ängste/Sorgen bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

12.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

12.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*13. *Wie stark werden Sie durch diese Sorgen/Ängste in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

14. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich ständig Sorgen machten oder ängstlich waren bezüglich verschiedener Dinge?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bipolare und verwandte Störungen

Manische Episode/Hypomane Episode – 61

Manische Episode/Hypomane Episode

*1.1 *Haben Sie jemals eine Phase von einigen Tagen oder länger erlebt, in der Sie sich beständig ungewöhnlich gut bzw. grandios fühlten oder auch schnell reizbar waren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

1.2 *Wann hatten Sie zum letzten Mal eine solche Phase?*

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.1: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« (S. 69).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmungsveränderung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzugehen (S. 67).

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu den Tagen stellen, an denen Sie sich ungewöhnlich gut oder reizbar fühlten und ungewöhnlich aktiv und energiegeladen waren.

*2. *Haben Sie während der Phase, in der Sie sich ungewöhnlich oder extrem gut oder reizbar gefühlt haben, anhaltend folgende Symptome erlebt?*

Wie ausgeprägt haben Sie die folgenden Symptome erlebt?

Hinweis: Notieren Sie nur Symptome, die anhaltend über mindestens 1 Woche (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer) für eine Manische Episode oder mindestens 4 aufeinander folgende Tage für eine Hypomane Episode auftreten und sich deutlich von der üblichen Stimmung unterscheiden.

Beurteilen Sie Häufigkeit/Schweregrad anhand der folgenden Skala:

gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer
0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

	Häufigkeit	Schweregrad
*2.1 Ungewöhnliche Reizbarkeit oder Erregbarkeit	_____	_____
*2.2 Extreme Hochstimmung oder Überschwang	_____	_____
*2.3 Das Gefühl, Sie seien eine ganz besondere Person oder Sie hätten besondere Kräfte und Fähigkeiten (überhöhtes Selbstwertgefühl, Größenideen)	_____	_____
*2.4 Das Gefühl, weniger Schlaf als üblich zu brauchen (z. B. nach nur 3 Stunden Schlaf ausgeruht zu sein)	_____	_____
*2.5 Dass Sie gesprächiger waren als sonst oder andere Mühe hatten, Ihrem Gespräch zu folgen oder zu Wort zu kommen (vermehrte Gesprächigkeit, Rededrang)	_____	_____
*2.6 Dass Ihnen Ihre Gedanken durch den Kopf rasten oder Sie andauernd neue Ideen hatten (Ideenflucht, subjektive Erfahrung des Gedankenjagens)	_____	_____
*2.7 Dass Sie ungewöhnlich aktiv oder ausgesprochen ruhelos waren (z. B. gesteigerte Betriebsamkeit in sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereichen oder psychomotorische Unruhe)	_____	_____
*2.8 Dass Sie ungewöhnlich oft und ausgeprägt Aktivitäten nachgingen, die mit großer Wahrscheinlichkeit unangenehme Folgen haben (z. B. ungehemmter »Kaufrausch«, törichte Investitionen, problematisches Sexualverhalten)	_____	_____
*2.9 Dass Sie sehr leicht ablenkbar waren	_____	_____

► Falls 2.1 oder 2.2 eindeutig nicht erfüllt sind und eindeutig weniger als 3 (bei nur reizbarer Verstimmung weniger als 4) Symptome aus 2.3–2.9 erfüllt sind: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« (S. 69).

Hinweis: Liegen mindestens 3 von 2.2 – 2.8 Symptomen fast jeden Tag während einer Episode einer Major Depression vor, die von anderen beobachtbar sind, eine Veränderung zum üblichen Verhalten darstellen, nicht auf die Wirkung einer Substanz zurückgehen und nicht besser durch eine Bipolare Störung erklärbar sind, liegt eine Major Depression „mit gemischten Symptomen“ vor.

- *3. *Traten diese Symptome ohne Unterbrechung für mindestens 1 Woche auf (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer bzw. bei einer Hypomanen Episode mindestens an 4 aufeinander folgenden Tagen)?*

JA _____ NEIN _____

Anzahl Tage: _____

- *4. *Werden die eben besprochenen Veränderungen in Ihrer Stimmung oder bei Ihren Aktivitäten von anderen bemerkt?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Für die Kriterien der Manischen Episode ist Frage 4 keine *-Frage.

- *5. Ausschluss von Substanzeffekten:

- *5.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Gefühle erleben, irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen, oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

- *5.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

- *6. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.1** *Haben Sie in der Phase, in der Sie sich so fühlten, eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht? Ich meine damit z. B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten; Hören von Stimmen oder Sehen von Erscheinungen, wenn niemand in Ihrer Nähe war; Gefühle, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

7.2 *Wann traten diese Erfahrungen zum ersten Mal auf?*

(Mt./J.) _____

7.3 *Wie lange hielten diese Erfahrungen an?* _____

Hinweis: Falls Wahn oder Halluzinationen länger als 2 Wochen in Abwesenheit von affektiven Symptomen auftreten, liegt eine schizoaffektive Störung vor. Hinweise zur Abklärung einer schizoaffektiven Störung können dem DSM-5 (S. 142) entnommen werden.

***8.1** *Gab es vor dieser Phase der Hochstimmung bzw. Gereiztheit, jemals eine Phase, in der Sie sich mindestens zwei Wochen lang fast täglich und für die meiste Zeit des Tages depressiv, traurig und hoffnungslos gefühlt haben oder Sie weniger Interesse oder Freude bei Ihren alltäglichen Aktivitäten hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***8.2** *Gab es vor dieser Phase der Hochstimmung bzw. Gereiztheit, jemals eine Phase, in der andere Menschen bei Ihnen beobachtet haben, dass Sie niedergeschlagen oder traurig waren bzw. Sie das Interesse oder die Freude an Ihren alltäglichen Aktivitäten verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Stellen Sie die Manische oder Hypomane Episode in den zeitlichen Kontext mit allen jemals aufgetretenen Depressiven Episoden.

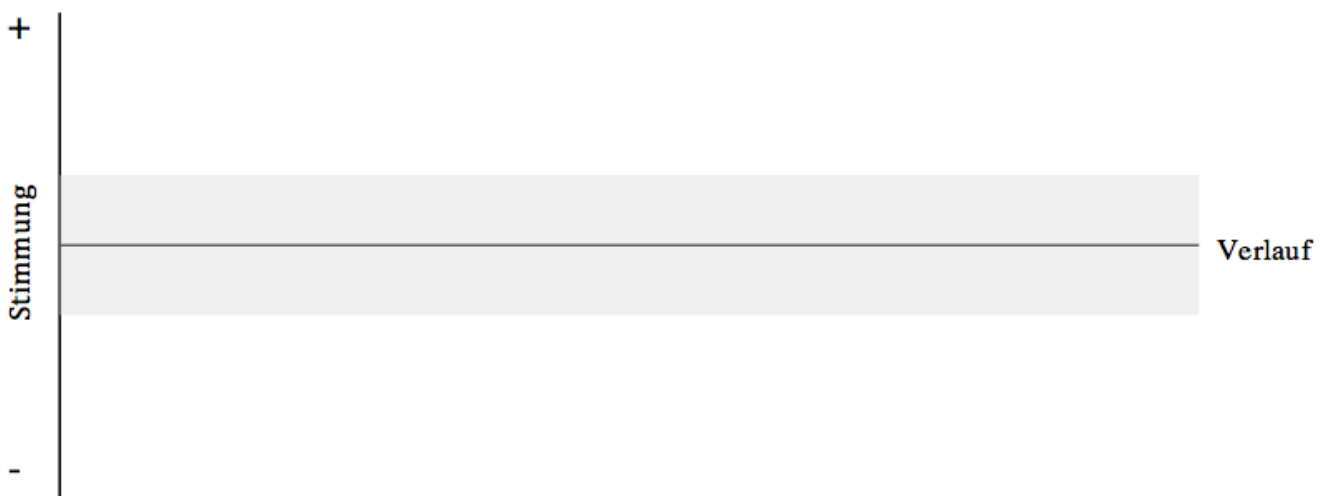
Bestimme, ob: Falls die Kriterien für mindestens 1 Manische Episode erfüllt sind, ist eine Bipolar-I-Störung zu vergeben. Gab es mindestens 1 Hypomane Episode, mindestens 1 Episode der Major Depression und zu keinem Zeitpunkt wurden die Kriterien einer Manischen Episode erfüllt, ist eine Bipolar-II-Störung zu vergeben.

- *9. *Haben Sie schon mehrmals solche Phasen einer Hochstimmung bzw. Gereiztheit neben der Depression durchlebt?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**, weiter mit Stimmungsverlaufskurve:

Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse (z. B. Geburt des Kindes, Arbeitsplatzverlust, Tod einer nahestehenden Person) auf der Verlaufsachse mit einer Jahreszahl/Monatsangabe. Anschließend kann dann der Stimmungsverlauf als Kurve eingetragen werden. Dabei ist der graue Bereich für normale Stimmungsschwankungen vorgesehen.



Erste Episode: von _____ bis _____

Schwerste Episode: von _____ bis _____

Weitere Episoden: von _____ bis _____

Letzte Episode: von _____ bis _____

Hinweis: Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle oder letzte Episode, in der eine gehobene oder reizbare Stimmung über mehrere Tage aufgetreten ist.

- *10. *Gab es in den letzten 2 Jahren eine Zeitspanne von länger als 2 Monaten, in denen Sie sich nicht ungewöhnlich hochgestimmt bzw. erregbar oder niedergeschlagen bzw. depressiv gefühlt haben?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Erwägen Sie eine Zylothyme Störung, wenn für die Dauer von mindestens 2 Jahren zahlreiche Hypomane Episoden und eine Persistierende Depressive Störung ohne symptomfreies Intervall von mindestens 2 Monaten vorlagen. Hinweise zur Abklärung einer Zylothymen Störung können dem DSM-5 (S. 189) entnommen werden.

11. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals eine Phase von einigen Tagen oder länger erlebt haben, in der Sie sich ungewöhnlich gut und voller Energie und Tatendrang oder reizbar gefühlt haben?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

- 12.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das zu den eben besprochenen Veränderungen geführt haben könnte?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Vergewissern Sie sich, dass die Symptome nicht durch eine antidepressive Behandlung wie z. B. Antidepressiva, Elektrokrampftherapie oder Lichttherapie ausgelöst wurden und über die physiologischen Effekte der Behandlung oder Substanz hinaus bestehen.

- 12.2 *Gab es in dieser Zeit besondere Belastungen (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***13.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Haben diese Symptome Ihr Urteilsvermögen beeinträchtigt?

Mussten Sie in ein Krankenhaus eingewiesen oder unter ärztliche Aufsicht gestellt werden, um sich selbst oder anderen keinen Schaden zuzufügen?

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Beeinträchtigung des Urteilvermögens: _____ (0–8)

Ärztliche Aufsicht: JA _____ NEIN _____

Selbst-/Fremdgefährdung: JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Falls mindestens 1 Woche und deutliche Beeinträchtigung/Belastung oder Hospitalisation: Manische Episode. Falls mindestens 4 Tage und nur leichte Beeinträchtigung/Belastung: Hypomane Episode.

14. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich ungewöhnlich hochgestimmt/reizbar fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Depressive Störungen

Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung) – 69

Major Depression – 75

Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung)

Hinweis: Beachten Sie, dass es sich bei dieser im DSM-5 neu aufgeführten Störung um eine Kombination aus chronischer Major Depression und Dysthymie Störung nach DSM-IV-TR handelt.

*1.1 *Haben Sie im Laufe der vergangenen 2 Jahre häufig Tage erlebt, an denen Sie sich die meiste Zeit niedergeschlagen oder depressiv fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.2 *Wurden Sie im Laufe der vergangenen 2 Jahre von anderen Menschen darauf angesprochen, dass Sie niedergeschlagen oder depressiv erscheinen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.1.

*1.3 *Haben Sie jemals eine Zeit erlebt, in der Sie sich über mindestens 2 Jahre hinweg an der Mehrzahl aller Tage niedergeschlagen oder depressiv fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.4 *Gab es jemals eine Zeit von über 2 Jahren, in der Sie von anderen Menschen darauf angesprochen wurden, dass Sie niedergeschlagen oder depressiv erscheinen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.4: weiter zu »Major Depression« (S. 75).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmungsveränderung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 10 überzugehen (S. 74).

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen über diese Phase von mind. 2 Jahren stellen, in der Sie sich niedergeschlagen oder depressiv fühlen.

***2.1** *Wie hoch war der prozentuale Anteil von Tagen, an denen Sie sich die meiste Zeit des Tages depressiv gefühlt haben?*

in (%) _____

***2.2** *Gab es mehr »depressive Tage« als »nichtdepressive Tage«?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 2.2: weiter zu »Major Depression« (S. 75).

***3.1** *Gab es vor, während oder nach den beschriebenen 2 Jahren, Zeiten, in denen sich die Beeinträchtigungen noch verschlimmerten?*

Vor Major Depression: _____ **Dauer:** _____

Nach Major Depression: _____ **Dauer:** _____

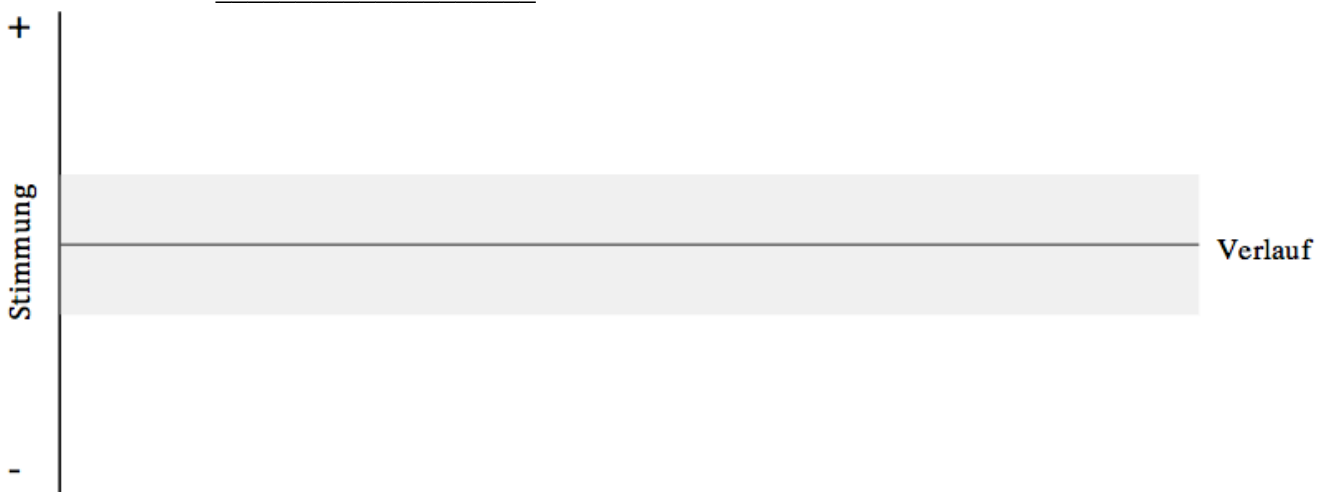
Falls nach Major Depression:

***3.2** *Gab es zwischen dieser ausgeprägten Phase und der folgenden andauernden, nicht so stark ausgeprägten Phase, eine Zeit, in der Sie sich nicht beeinträchtigt fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Dauer: _____



Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse (z. B. Geburt des Kindes, Arbeitsplatzverlust, Tod einer nahestehenden Person) auf der Verlaufsachse. Anschließend kann dann der Stimmungsverlauf als Kurve eingetragen werden. Dabei ist der graue Bereich für normale Stimmungsschwankungen vorgesehen.

Hinweis: Stellen Sie sicher, dass es sich nicht um eine rezidivierende Major Depression handelt.

Bestimme, ob: Bestehen aktuell die für die Erfüllung der Major Depression geforderten Symptome über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren, liegt eine Persistierende Depressive Störung „mit persistierender Episode einer Major Depression“ vor. Bestehen aktuell die für die Erfüllung der Major Depression geforderten Symptome, aber es gab Phasen von mindestens 8 Wochen in den letzten 2 Jahren, in denen die Symptome unter der für die Major Depression notwendigen Schwelle vorlagen, liegt eine Persistierende Depressive Störung „mit intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode“ vor. Werden die Kriterien der Major Depression aktuell nicht erfüllt, aber es lag mindestens 1 Episode einer Major Depression in den vergangenen 2 Jahren während der Persistierenden Depressiven Störung vor, ist eine Persistierende Depressive Störung mit „intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne aktuelle Episode“ zu vergeben.

***4. Haben Sie an der Mehrzahl der Tage folgende Symptome erlebt?**

Als wie schwerwiegend haben Sie diese Symptome erlebt?

Beurteilen Sie den Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

***4.1 Hat sich Ihr Appetit deutlich verändert?**

Zunahme Abnahme

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***4.2 Haben Sie Schlafprobleme gehabt oder viel mehr als sonst geschlafen?**

Insomnie Hypersomnie

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***4.3 Waren Sie müde oder erschöpft oder hatten wenig Energie?**

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

*4.4 Haben Sie schlecht über sich gedacht oder sich wie ein Versager gefühlt (geringes Selbstwertgefühl)?

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

*4.5 Ist es Ihnen schwer gefallen, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen?

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

*4.6 Haben Sie sich hoffnungslos gefühlt oder eine düstere Zukunft gesehen?

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

*5.1 Gab es eine oder mehrere Phasen von mehr als 2 Monaten, in denen sie sich nicht depressiv fühlten oder die beschriebenen Symptome nicht bestanden?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

5.2 Wann war das?

Von (Mt./J.): _____ bis (Mt./J.): _____

► Falls JA bei 5.1: weiter zu »Major Depression« (S. 75).

Hinweis: Für die Diagnose einer Persistierenden Depressiven Störung darf eine Zeitspanne von höchstens 2 Monaten vorliegen, in der keine depressiven Symptome auftraten.

► Falls eindeutig weniger als zwei Symptome erfüllt sind (4.1–4.6) oder es eine Unterbrechung von 2 Monaten gab: weiter zu »Major Depression« (S. 75).

Hinweis: Nehmen Sie nur solche Symptome auf, die innerhalb derselben Episode (mindestens zweijähriger Zeitraum) auftreten, die eine Veränderung gegenüber der Zeit vor der persistierenden depressiven Episode darstellen und die die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage auftreten. Stellen Sie dabei sicher, dass die Symptome nicht 2 Monate oder länger unterbrochen waren.

***6. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***6.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie sich depressiv und niedergeschlagen fühlen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***6.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***7. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen, wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***8.** *Wann traten die depressive Verstimmung und die weiteren Symptome erstmals auf? Wann merkten Sie ihren belastenden Einfluss und Beeinträchtigungen im Alltag?*

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

9.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu beigetragen haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

9.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*10. *Wie stark werden Sie durch die eben besprochene depressive Verstimmung und deren Begleitsymptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Stellen Sie sicher, dass während der beschriebenen Episode von mindestens 2 Jahren zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer Manischen/Hypomanen Episode (S. 61) oder Zylothymen Störung (die Kriterien sind dem DSM-5 auf S. 189 zu entnehmen) erfüllt waren.

Hinweis: Stellen Sie sicher, dass während der beschriebenen Episode von mindestens 2 Jahren zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer Schizoaffektiven Störung, Schizophrenie, Wahnhafte Störung oder einer anders spezifizieren oder unspezifischen Schizophrenie Spektrumsstörung oder anderen psychotischen Störung erfüllt waren. Hierzu können Sie das Psychoscreening (S. 202) oder die DSM-5 Kriterien (ab S. 117) heranziehen.

Major Depression

Hinweise: Die Fragen dieses Abschnittes dienen dazu, Episoden der Major Depression zu erfragen, in denen sich die betreffende Person im Beruf, in der Freizeit und/oder in der Familie deutlich beeinträchtigt fühlt. Diese sind zu unterscheiden von länger anhaltenden Zeiten depressiver Verstimmung, die unter »Persistierende Depressive Störung« erfragt werden. Die Persistierende Depressive Störung unterscheidet sich von der Major Depression hinsichtlich Schweregrad, Chronizität und Dauer. Allerdings können während der Dauer einer Persistierenden Depressiven Störung auch Episoden einer Major Depression auftreten. Während bei der Major Depression die depressive Verstimmung mindestens 2 Wochen lang nahezu täglich und für die meiste Zeit des Tages vorhanden sein muss, muss sie bei der Persistierenden Depressiven Störung mehr als die Hälfte der Zeit über mindestens 2 Jahre hinweg bestehen.

*1.1 *Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen depressiv, traurig und hoffnungslos gefühlt?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

*1.2 *Gab es während dieser 2 Wochen mehr »depressive Tage« als »nichtdepressive Tage«?*

JA _____ NEIN _____

*1.3 *Haben Sie in den letzten 2 Wochen das Interesse bzw. die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

*1.4 *Gab es während dieser 2 Wochen mehr Tage mit diesem Verlust des Interesses bzw. der Freude, als Tage ohne diesen Verlust des Interesses bzw. der Freude?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: 1.1–1.4 können sowohl selbst berichtet als auch durch andere beobachtet werden.

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.3: weiter zu Frage 1.6.

1.5 *Haben Sie eine Erklärung für diese Gefühle der Depressivität und/oder den Interessenverlust?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1 und 1.3, und beides nicht für die meiste Zeit bestand: weiter zu Frage 2 und dabei abklären, ob diese Phasen 2 Wochen oder länger andauerten. Ist dies nicht der Fall: weiter zu »Zwangsstörung« (S. 85).

*1.6 *Gab es jemals eine Episode von 2 Wochen oder mehr, in der Sie sich depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

*1.7 *Gab es während dieser 2 Wochen mehr »depressive Tage« als »nichtdepressive Tage«?*

JA _____ NEIN _____

*1.8 *Gab es jemals eine Episode, in der Sie über 2 Wochen das Interesse oder die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren hatten?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

*1.9 *Gab es während dieser 2 Wochen mehr Tage mit diesem Verlust des Interesses bzw. der Freude, als Tage ohne diesen Verlust des Interesses bzw. der Freude?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: 1.6–1.9 können sowohl selbst berichtet als auch durch andere beobachtet werden.

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.6 und 1.8, und beides nicht für die meiste Zeit bestand: weiter zu »Zwangsstörung« (S. 85).

1.10 *Haben Sie eine Erklärung für diese Gefühle der Depressivität und/oder den Interessenverlust zu dieser Zeit?*

JA _____ NEIN _____

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmungsveränderung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 9 überzugehen (S. 83).

*2. *Haben Sie schon mehrmals solche Episoden durchlebt?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**, tragen Sie diese in der Stimmungsverlaufskurve ein:

Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse (z. B. Geburt des Kindes, Arbeitsplatzverlust, Tod einer nahestehenden Person) auf der Verlaufsachse mit einer Jahreszahl/Monatsangabe. Anschließend kann dann der Stimmungsverlauf als Kurve eingetragen werden. Dabei ist der graue Bereich für normale Stimmungsschwankungen vorgesehen.



Erste Episode: von _____ bis _____

Schwerste Episode: von _____ bis _____

Weitere Episoden: von _____ bis _____

Letzte Episode: von _____ bis _____

Hinweis: Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle oder letzte Episode, in der Niedergeschlagenheit oder Interessenverlust über mindestens 2 Wochen aufgetreten ist.

Bestimme, ob: Wenn mehrere Episoden einer Major Depression berichtet werden, die von mindestens 2 aufeinander folgenden Monaten ohne die Erfüllung einer Major Depression unterbrochen sind, liegt eine rezidivierende Major Depression vor.

Bestimme, ob: Wenn aktuell Symptome einer vorangegangenen Episode der Major Depression vorhanden sind oder die aktuelle Phase der Symptombefreiheit kürzer als 2 Monate ist, liegt eine Major Depression in „teilweiser Remission“ vor. Eine „volle Remission“ liegt dann vor, wenn einer Phase von mindestens 2 Monaten bedeutsamen depressiven Symptome oder Beeinträchtigungen vorlagen.

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen über die Tage stellen, an denen Sie sich depressiv gefühlt bzw. an denen Sie Interesse oder Freude an den üblichen Tätigkeiten verloren haben.

***3.** *Sind in den beschriebenen 2 Wochen folgenden Symptome bei Ihnen aufgetreten?*

Und wenn ja, als wie schwerwiegend erlebten Sie die Symptome?

Haben Sie die Symptome während der letzten 2 Wochen an fast allen Tagen erlebt?

Hinweis: Nehmen Sie nur solche Symptome auf, die innerhalb der letzten Episode auftraten, die eine Veränderung gegenüber der gewohnten Leistungsfähigkeit darstellen und die nahezu täglich für die meiste Zeit des Tages vorhanden waren.

Beurteilen Sie den Schweregrad anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

***3.1** *Haben Sie deutlich an Gewicht zugenommen oder abgenommen, ohne dass Sie dies beabsichtigten (z. B. durch eine Diät)...?*

Zunahme Abnahme

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

Hinweis: Signifikante Gewichtsveränderungen, z. B. 5% des Körpergewichts innerhalb eines Monats.

... oder hat sich Ihr Appetit deutlich verändert?

Zunahme Abnahme

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***3.2** *Hat sich Ihr Schlaf deutlich und in fast jeder Nacht verändert?*

Insomnie Hypersomnie

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***3.3** *Waren Sie an fast jedem Tag unfähig, still zu sitzen oder so verlangsamt, dass Sie sich kaum bewegen konnten oder kaum ein Gespräch führen konnten?*

Psychomotorische Erregung Hemmung

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

Hinweis: Durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung.

***3.4** *Waren Sie fast an jedem Tag ständig müde oder erschöpft oder hatten keine Energie?*

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***3.5** *Fiel es Ihnen an fast jedem Tag schwer, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen oder war Ihr Denken verlangsamt? Oder haben andere Menschen beobachtet, dass Sie sich schwer konzentrieren oder entscheiden können oder dass Ihr Denken verlangsamt war?*

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

***3.6** *Fühlten Sie sich an fast jedem Tag wertlos oder schuldig oder machten Sie sich selbst Vorwürfe über etwas?*

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

Hinweis: Die Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe dürfen sich nicht ausschließlich auf die Major Depression als Erkrankung beziehen.

***3.7** *Dachten Sie wiederholt an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun? Oder haben Sie einen Suizid geplant oder einen Suizidversuch gemacht?*

JA _____ NEIN _____

Schweregrad: _____

► Falls ja bei 3.7: Erfassen Sie die Kriterien der Suizidalen Verhaltensstörung (S. 209) nach der Beendigung Kategorie der Major Depression und führen Sie das Interview danach fort bzw. bei akuter Suizidalität folgen Sie den medizinischen Entscheidungshilfen (SOPs) Ihrer Einrichtung zu suizidalem Verhalten bei Patienten.

► Falls eindeutig weniger als 5 Symptome (mindestens 1 Symptom davon muss depressive Verstimmung oder Verlust an Interesse/Freude sein) erfüllt sind: weiter zu »Zwangsstörung« (S. 85).

Bestimme, ob: Eine „leichte“ Major Depression liegt vor, wenn die für die Stellung der Diagnose notwendigen Kriterien erfüllt sind und diese zwar belastend, aber bewältigbar sind, und nur geringe Beeinträchtigungen im Alltag nach sich ziehen. Für eine „mittelgradige“ Major Depression liegt die Anzahl der vorhandenen Symptome sowie die Intensität der Symptome und die Beeinträchtigung im Alltag durch die Symptome zwischen einer „leichten“ und einer „schweren“ Major Depression. Die „schwere“ Major Depression ist dann zu vergeben, wenn deutlich mehr Symptome vorhanden sind, als für die Stellung der Diagnose gefordert wird, und die Intensität der Symptome sowie die Belastung im Alltag von schwerem Ausmaß und dadurch nicht bewältigbar sind. Eine „schwere“ Major Depression geht mit einer deutlichen/sehr schweren Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit einher.

***4. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***4.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie sich depressiv oder niedergeschlagen fühlen bzw. weniger Interesse/Freude bei üblichen Tätigkeiten verspüren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*4.2 *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamenten, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

*5. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*6. Erfassung von Wahn und Halluzinationssymptomen:

Hatten Sie in dieser Zeit bestimmte Überzeugungen (auch wenn diese nicht der Realität entsprachen (z. B. körperlich schwer krank zu sein, drohendes Unheil oder Katastrophen herbeizuführen, eigentlich gar nicht mehr zu leben) oder haben Sie in dieser Zeit ungewöhnliche Erfahrungen gemacht (z. B. Hören und Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerken; Hören von Stimmen und Gesprächen, wenn niemand in Ihrer Nähe ist)?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

6.1 *Blieben diese Symptome auch außerhalb der depressiven Stimmung bestehen?*

JA _____ NEIN _____

6.2 *Wie lange blieben diese Symptome bestehen?* _____

Falls 6.2 nicht konkret beantwortbar:

6.3 *Blieben diese Symptome für mindestens 2 Wochen bestehen?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls Hinweise bzgl. Wahn oder Halluzinationen bestehen, sollte die Diagnose einer schizoaffektiven Störung erfragt werden (vgl. Psychoscreening auf S. 202). Falls Wahn oder Halluzinationen länger als 2 Wochen in Abwesenheit von depressiven oder manischen Symptomen auftreten, liegt eine schizoaffektive Störung vor. Hinweise zur Abklärung einer schizoaffektiven Störung können dem DSM-5 (S. 142) entnommen werden.

Treten emotionale und verhaltensmäßige Symptome als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, finanzieller Ruin oder schwere medizinische Erkrankung) innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung auf, ziehen Sie ebenfalls die Diagnose »Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung« in Betracht. Hinweise zur Abklärung einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung können dem DSM-5 (S. 391) entnommen werden.

Weiter mit 7., falls im Stimmungsverlauf nicht bereits ein konkreter Zeitpunkt angegeben wurde, ansonsten weiter zu Frage 8.1.

7. *Wann begannen die depressive Verstimmung und deren Begleitsymptome erstmals nahezu täglich aufzutreten, Sie zu belasten bzw. Ihren Alltag zu beeinträchtigen?*

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

- 8.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- 8.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *9.** *Wie stark werden Sie durch die depressive Stimmung bzw. Niedergeschlagenheit oder den Interessenverlust in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Zwangsstörung und verwandte Störungen

Zwangsstörung – 85

Körperdysmorphie Störung – 96

Zwangsstörung

Zwangsgedanken

***1.1** *Haben Sie immer wieder aufdringliche oder ungewollte Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können?*

Ich meine z. B. Dinge wie, dass Sie in Gedanken Worte oder Zahlen wiederholen müssen, oder Sie immer wieder daran denken müssen, ob Sie die Türe oder das Fenster verschlossen haben oder alle Geräte abgeschaltet haben? Vielleicht auch, dass Sie immer wieder denken müssen, Sie könnten jemanden verletzen oder vergiften, oder dass Sie den Drang haben, irgendetwas in der Öffentlichkeit auszurufen, was Sie eigentlich nicht möchten.

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.

***1.2** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie immer wieder von aufdringlichen oder ungewollten Gedanken, Impulsen oder Vorstellungen gestört wurden, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen konnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

1.3 *Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____*

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Zwangshandlungen« (S. 89).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Zwangsgedanken vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 26 überzugehen (S. 95).

2. *Welchen Inhalt haben diese Gedanken oder Vorstellungen?*

Beschreiben: _____

***3. Symptomratings: Zwangsgedanken**

Stellen Sie die im Folgenden aufgeführten Fragen. Nutzen Sie die Zeile unter jedem Item, um den spezifischen Inhalt des Zwangsgedanken zu beschreiben (unter Berücksichtigung der bereits erhaltenen Informationen unter Frage 1.1 und 1.2). Wenn die Antwort auf eine der nachfolgend aufgeführten Fragen besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden kann, dann schätzen Sie sie mit »0« ein.

Beurteilen Sie für jeden Zwangsgedanken Dauer/Belastung und Widerstand gegen die Zwangsgedanken. Benutzen Sie hierfür die vorgegebenen Fragen und Skalen.

Ängstlichkeit/Belastung:

Wie ängstlich sind Sie, wenn Sie an _____ denken oder _____ nicht ausführen können?

Wie belastend ist es für Sie, wenn Sie an _____ denken oder _____ nicht ausführen können?

Beurteilen Sie die Ängstlichkeit oder Belastung anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst
0	1	2	3
nicht	schwach	stark	sehr stark
belastend	belastend	belastend	belastend

Widerstand:

Wie häufig versuchen Sie, Gedanken über _____ oder das Ausführen von _____ durch Ignorieren oder Unterdrücken loszuwerden oder durch andere Gedanken oder Aktivitäten zu neutralisieren?

Beurteilen Sie den Widerstand gegen die Zwangsgedanken anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

	Ängstlichkeit/ Belastung	Widerstand
--	-----------------------------	------------

***3.1** *Gedankliches Kontrollieren von Handlungen*

_____	_____
-------	-------

***3.2** *Verunreinigung (z. B. durch Bakterien von Türgriffen, Toiletten, Geld)*

_____	_____
-------	-------

***3.3** *Befürchtungen für Unheil anderer verantwortlich zu sein (z. B. Unfall, Erkrankung)*

_____	_____
-------	-------

***3.4** *Sexuelle Impulse (z. B. obszöne Gedanken oder Vorstellungen)*

_____	_____
-------	-------

	Ängstlichkeit/ Belastung	Widerstand
--	-----------------------------	------------

*3.5 *Religiöse Impulse (z. B. blasphemische Gedanken/ Impulse, Beten)*

--	--	--

*3.6 *Entsetzliche Vorstellungen (z. B. Horrorszenen oder -bilder)*

--	--	--

*3.7 *Gewaltvorstellungen (z. B. andere zu schlagen, etwas zerstören, verletzen, vergiften)*

--	--	--

*3.8 *Sinnlose Gedanken oder Vorstellungen (z. B. Zählen, Wörter im Kopf wiederholen)*

--	--	--

*3.9 *Andere:* _____

--	--	--

► Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangsgedanken: weiter zu »Zwangshandlungen« (S. 89).

Falls mehr als zwei Zwangsgedanken genannt werden:

4. *Welche dieser Gedanken haben die größten Auswirkungen auf Ihr Leben?*

Führen Sie die wichtigsten aktuellen Zwangsgedanken auf:

1. _____

2. _____

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen über die Zeit, in der Sie wiederkehrende Gedanken, Vorstellungen oder Impulse haben, stellen.

Fragen Sie für die wichtigsten aktuellen Zwangsgedanken:

*5.1 *An einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats, wie viele Stunden am Tag gingen Ihnen Gedanken, Impulse oder Vorstellungen über _____ durch den Kopf?*

Anzahl Stunden: _____

*5.2 *Gehen Ihnen diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen typischerweise für mindestens eine Stunde pro Tag durch den Kopf?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Nach DSM-5 müssen die Zwangsgedanken oder -handlungen zeitaufwendig sein (z. B. mehr als 1 Stunde pro Tag in Anspruch nehmen).

***6.1** *Wie kommt _____ in Ihren Sinn?*

Überprüfen Sie Ideen von Gedankeneingebung oder von außen auferlegten Impulsen.

Beschreiben: _____

Falls Hinweise auf Gedankeneingebung vorliegen:

***6.2** *Wurden Ihnen diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen jemals von außen auferlegt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

7. *Auf welche Weise beschäftigen Sie diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen? Was befürchten Sie, könnten diese Gedanken, Impulse, Vorstellungen bedeuten?*

Beschreiben: _____

Vermeidung:

8.1 *Vermeiden Sie bestimmte Situationen oder Gegenstände, weil sie _____ auslösen könnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

8.2 *Lassen Sie andere Menschen Dinge für Sie tun, damit Sie selbst nicht in Kontakt mit bestimmten Situationen oder Gegenständen gelangen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Überzeugung:

***9.1** *Während Sie durch _____ geplagt werden, wie stark glauben Sie dann daran, dass das, was Sie denken, wahr ist (z. B. dass Sie wirklich jemanden mit dem Auto angefahren haben, dass Sie wirklich die Handlung ausführen werden oder dass Sie wirklich jemandem falsche Informationen gegeben haben, die ihm Schaden zufügen werden)?*

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

*9.2 *Wie stark glauben Sie zu Zeiten, in denen _____ sich nicht aufdrängt (wie vielleicht jetzt), dass dies wahr ist?*

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

Bestimme, ob: Wenn die meiste Zeit erkannt wird, dass die Zwangsgedanken oder -handlungen übertrieben oder unbegründet sind, liegt eine Zwangsstörung mit „guter oder angemessener Einsicht“ vor. Wird dies hingegen die meiste Zeit nicht erkannt, liegt eine Zwangsstörung „mit wenig Einsicht“ vor, bei Abwesenheit von Einsicht, ist von einer Zwangsstörung „mit keiner Einsicht/wahnhaften Überzeugungen“ auszugehen.

*10. Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebenen Zwangsgedanken in Hinblick auf das, was sie neutralisieren oder verhindern sollen, als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

Zwangshandlungen

*11.1 *Fühlen Sie sich dazu getrieben, Handlungen, Gedanken oder Rituale häufig zu wiederholen, damit Sie sich besser fühlen oder um etwas zu verhindern, vor dem Sie sich fürchten? Beispiele hierfür wären etwas immer wieder zu waschen, Dinge zu zählen, etwas wiederholt zu kontrollieren (z. B. Türen oder Geräte) oder Wege zu wiederholen oder abzusuchen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 11.1: weiter zu Frage 12.

*11.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich dazu getrieben fühlten, Handlungen, Gedanken oder Rituale häufig wiederholen zu müssen, damit Sie sich besser fühlten oder um etwas zu verhindern, vor dem Sie sich fürchteten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

11.3 *Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____*

► Falls eindeutig **NEIN** bei 11.1 und 11.2 und eindeutig keine Zwangsgedanken vorliegen: weiter zu »Körperdysmorphie Störung« (S. 96).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Zwangshandlungen vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 26 überzugehen (S. 95).

12. Welche Verhaltensweisen/Gedanken müssen Sie ausführen?

Beschreiben: _____

*13. Symptomratings: Zwangshandlungen

Stellen Sie die im Folgenden aufgeführten Fragen. Nutzen Sie die Zeile unter jedem Item, um den spezifischen Inhalt der Zwangshandlung zu beschreiben (unter Berücksichtigung der bereits erhaltenen Informationen unter Frage 11.1 und 11.2). Wenn die Antwort auf eine der nachfolgend aufgeführten Fragen besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden kann, dann schätzen Sie sie mit »0« ein.

Beurteilen Sie jede Zwangshandlung nach ihrer Häufigkeit. Benutzen Sie hierfür die vorgegebenen Fragen und Skalen.

Häufigkeit:

Wie häufig fühlen Sie sich getrieben, Handlungen oder Gedanken wie _____ durchzuführen?

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

	Häufigkeit	Kommentar
--	------------	-----------

*13.1 *Zählen (z. B. bestimmte Buchstaben oder Nummern, andere Objekte in der Umgebung)*

_____	_____
-------	-------

*13.2 *Kontrollieren (z. B. Schlösser, Geräte, Fahrtroute, wichtige Papiere, Papierkörbe)*

_____	_____
-------	-------

*13.3 *Waschen*

_____	_____
-------	-------

*13.4 *Sammeln (z. B. Zeitungen, Müll, belanglose Gegenstände)*

_____	_____
-------	-------

	Häufigkeit	Kommentar
*13.5 <i>Internes Wiederholen (z. B. Redewendungen, Wörter, Gebete)</i>	_____	_____
*13.6 <i>Festhalten an bestimmten Regeln oder Abfolgen (z. B. Symmetrien herstellen, Rituale, Festhalten an einer bestimmten Routine bei alltäglichen Aktivitäten)</i>	_____	_____
*13.7 <i>Haare ausreißen</i>	_____	_____
*13.8 <i>Sonstige 1:</i> _____	_____	_____
*13.9 <i>Sonstige 2:</i> _____	_____	_____

► Falls eindeutig keine Hinweise für Zwangshandlungen vorliegen: weiter zu »Körperdysmorphie Störung« (S. 96).

Hinweis: Falls JA bei 13.4 oder 13.7 können zur Abklärung von Pathologischem Horten bzw. Trichotillomanie Hinweise dem DSM-5 (S. 337 bzw. S. 342) entnommen werden.

Falls mehr als zwei Zwangshandlungen genannt werden:

14. *Welche dieser Handlungen haben die größten Auswirkungen auf Ihr Leben?*

Beschreiben: _____

Führen Sie die wichtigsten Zwangshandlungen auf.

1. _____

2. _____

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen über die Phase stellen, in der Sie sich mit sich wiederholenden Verhaltensweisen oder Gedankenspielen bzw. gedanklichen Handlungen beschäftigen.

Fragen Sie für die wichtigsten Zwangshandlungen:

*15.1 *Wie viele Stunden pro Tag haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats die beschriebenen Handlungen ausgeführt?*

Anzahl Stunden: _____

***15.2** *Verbringen Sie typischerweise mindestens eine Stunde pro Tag mit dem Durchführen dieser Handlungen oder Gedankenspiele?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Nach DSM-5 müssen die Zwangsgedanken oder -handlungen zeitaufwendig sein (z. B. mehr als 1 Stunde pro Tag in Anspruch nehmen).

16. Widerstand

Wie oft können Sie der Ausführung dieses Verhaltens/der Gedankenspiele widerstehen?

Beurteilen Sie den Widerstand gegen die Zwangshandlungen anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Widerstand: (0–3) _____

17. Ängstlichkeit/Belastung

17.1 *Wie ängstlich bzw. belastet fühlen Sie sich, wenn Sie diese Handlungen nicht ausführen oder nicht ausführen können?*

Beurteilen Sie die Ängstlichkeit und Belastung bei Nichtausführung der Zwangshandlungen anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst
0	1	2	3
nicht belastend	schwach belastend	stark belastend	sehr stark belastend

Ängstlichkeit bzw. Belastung: (0–3) _____

17.2 *Was befürchten Sie, könnte geschehen, wenn Sie diese Handlungen nicht ausführen können?*

Beschreiben: _____

18. Vermeidung

18.1 *Vermeiden Sie bestimmte Situationen oder Gegenstände, weil sie dazu führen könnten, dass Sie Zwangshandlungen und/oder Zwangshandlungen ausführen müssen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

18.2 Lassen Sie andere Menschen Dinge für Sie tun, damit Sie selbst nicht in Kontakt mit bestimmten Situationen oder Gegenständen gelangen?

JA _____ NEIN _____

***19. Überzeugung:**

***19.1** Während Sie durch _____ geplagt werden, wie stark glauben Sie dann daran, dass das, was Sie befürchten, wahr ist (z. B. dass Sie sich infizieren, wenn Sie sich nicht die Hände waschen, Sie sich nicht an Rituale halten, nicht mehrfach kontrollieren, ob die Tür abgeschlossen ist)?

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

***19.2** Wie stark glauben Sie zu Zeiten, in denen _____ sich nicht aufdrängt (wie vielleicht jetzt), dass dies wahr ist?

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

Bestimme, ob: Wenn die meiste Zeit erkannt wird, dass die Zwangsgedanken oder -handlungen übertrieben oder unbegründet sind, liegt eine Zwangsstörung „mit guter oder angemessener Einsicht“ vor. Wird dies hingegen die meiste Zeit nicht erkannt, liegt eine Zwangsstörung „mit wenig Einsicht“ vor, bei Abwesenheit von Einsicht, ist von einer Zwangsstörung „mit keiner Einsicht/wahnhaften Überzeugungen“ auszugehen.

***20. Abklärung der Angemessenheit**

Würden Sie die beschriebenen Zwangshandlungen in Hinblick auf das, was sie neutralisieren oder verhindern sollen, als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***21. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***21.1** Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Verhaltensweisen auftreten irgendwelche Drogen oder Medikamente oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*21.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

*22. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*23.1 *Kommt es vor, dass Sie immer wieder unerwartete oder schnelle nichtrhythmische Bewegungen oder Laute von sich geben müssen (Tics)?*

JA _____ NEIN _____

► Falls JA: weiter zu Frage 24.

*23.2 *Kam es jemals vor, dass Sie immer wieder unerwartete oder schnelle nichtrhythmische Bewegungen oder Laute von sich geben mussten (Tics)?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Tic Störungen können komorbid zu Zwangsstörungen bestehen oder diesen vorausgehen. Weitere Hinweise zu Tic Störungen können dem DSM-5 (S. 108) oder Kinder-DIPS entnommen werden.

24. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese sich wiederholenden Gedanken, Vorstellungen, Impulse und /oder Verhaltensweisen belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

25.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

25.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekannten, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*26. Wie stark werden Sie durch diese sich wiederholenden Handlungen oder Verhaltensweisen in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet? Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

27. Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie durch Gedanken/Vorstellungen/Impulse/Verhaltensweisen gestört wurden?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls JA, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Körperdysmorphie Störung

*1.1 *Gibt es Körperbereiche, von denen Sie denken, dass diese einen Makel bzw. ein Defizit Ihres Erscheinungsbildes darstellen (z. B. Gesicht, Haare, Beine, Bauch)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.2 *Würden Sie sagen, dass dieser Makel/dieses Defizit Sie stark beschäftigt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Bei der Körperdysmorphie Störung darf dieser Makel bzw. das Defizit objektiv nicht beobachtbar oder nur in einem geringfügigen Ausmaß ausgeprägt sein.

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

*1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie von Körperbereichen dachten, dass diese einen Makel bzw. ein Defizit Ihres Erscheinungsbildes darstellten (z. B. Gesicht, Haare, Beine, Bauch)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.4 *Würden Sie sagen, dass dieser Makel/dieses Defizit Sie stark beschäftigt hat?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu den »Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen« (S. 103).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Beschäftigung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 10 überzugehen (S. 100).

***2.1** *Gibt es Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Ihrem Erscheinungsbild, die Sie immer wieder ausführen müssen (z. B. betrachten im Spiegel, exzessives Reinigen, Bestätigung bei anderen suchen, das eigene Aussehen mit dem anderer Vergleichen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***2.2** *Gibt es immer wiederkehrende Gedanken, die in Zusammenhang mit Ihrem Erscheinungsbild stehen und die Sie schwer kontrollieren können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN** bei 2.1 und 2.2: weiter zu den »Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen« (S. 103).

***3.** Schätzen Sie für jeden Körperbereich die Stärke der Scham und das Ausmaß des Kontrollverhaltens mit Hilfe der folgenden Skalen ein. Notieren Sie jeweils das Ausmaß von Scham und Kontrolle sowie den Widerstand gegen die mit dem Makel verbundenen Gedanken in den vorgegebenen Spalten.

Erfragen Sie für jede Situation:

Ausprägung der Scham bzw. Kontrolle:

Wie stark ist Ihre Scham bzgl. der folgenden Körperbereiche?

Wie häufig kontrollieren Sie folgende Körperbereiche?

Hinweis: Beurteilen Sie den Ausprägungsgrad der Scham bzw. Kontrolle anhand der folgenden Skala:

keine Scham	leichte Scham	starke Scham	sehr starke Scham
0	1	2	3
kontrolliert nie	kontrolliert manchmal	kontrolliert häufig	kontrolliert immer

Widerstand:

Wie häufig versuchen Sie, Gedanken über _____ durch Ignorieren oder Unterdrücken loszuwerden oder durch andere Gedanken oder Aktivitäten zu neutralisieren?

Beurteilen Sie den Widerstand gegen die Gedanken anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

	Scham	Kontrolle	Widerstand
*3.1 Haut	_____	_____	_____
*3.2 Haare	_____	_____	_____
*3.3 Gesicht	_____	_____	_____
*3.4 Zähne	_____	_____	_____
*3.5 Gewicht	_____	_____	_____
*3.6 Bauch	_____	_____	_____
*3.7 Hüfte	_____	_____	_____
*3.8 Brust	_____	_____	_____
*3.9 Beine	_____	_____	_____
*3.10 Körperstatur	_____	_____	_____
*3.11 Muskulatur	_____	_____	_____
*3.12 Po	_____	_____	_____
*3.13 Sonstige: _____	_____	_____	_____

Hinweis: Bezieht sich die Beschäftigung ausschließlich auf Körperfett und –gewicht, ist eine Essstörung in Betracht zu ziehen. Bei einer primären Beschäftigung mit der Muskulatur, ist von einer Körperdysmorphen Störung mit Muskeldysmorphie auszugehen.

4. *Wie viele Stunden pro Tag haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats die beschriebenen Handlungen ausgeführt?*

Anzahl Stunden: _____

5. *Wurden bei Ihnen aufgrund des besprochenen Makels bzw. des besprochenen Defizits Ihres Erscheinungsbildes schönheits-chirurgische Eingriffe vorgenommen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***6.1** *Empfinden Sie, dass diese Beschäftigung mit Ihrem Erscheinungsbild sinnlos ist oder mehr Zeit verbraucht, als dafür wirklich notwendig ist?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***6.2** *Wie sehr sind Sie davon überzeugt, dass die Beschäftigung mit Ihrem Erscheinungsbild unsinnig ist oder mehr Zeit verbraucht als notwendig?*

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

Bestimme, ob: Wenn die meiste Zeit erkannt wird, dass die Beschäftigung übertrieben oder unbegründet sind, liegt eine Körperdysmorphie Störung „mit guter oder angemessener Einsicht“ vor. Wird dies hingegen die meiste Zeit nicht erkannt, liegt eine Körperdysmorphie Störung „mit wenig Einsicht“ vor, bei Abwesenheit von Einsicht, ist von einer Körperdysmorphie Störung „mit keiner Einsicht/wahnhaften Überzeugungen“ auszugehen.

***6.3** Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Beschäftigung mit dem Erscheinungsbild in Hinblick auf die Erkennbarkeit eines Makels bzw. eines Defizits des Erscheinungsbildes als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***7.** Ausschluss von Substanzeffekten:

***7.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Verhaltensweisen in Bezug auf Ihr Erscheinungsbild auftreten irgendwelche Drogen oder Medikamente oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***7.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***8. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

9.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

9.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

10. *Wie stark werden Sie durch diese Beschäftigung in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

11. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie dachten, dass bestimmte Körperbereiche einen Makel bzw. ein Defizit Ihres Erscheinungsbildes darstellen?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Trauma- und belastungs- bezogene Störungen

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen – 103

Posttraumatische Belastungsstörung – 106

Akute Belastungsstörung – 112

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen

Bei den nun folgenden Fragen geht es um traumatische Ereignisse. Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, kann es schwer fallen, über diese zu sprechen. Mir ist es daher wichtig, Sie vorab zu informieren, dass Sie mir keine detaillierte Schilderung eines möglichen traumatischen Ereignisses geben müssen. Vielmehr geht es bei den folgenden Fragen ggf. darum zu erfahren, wie es Ihnen in der Folge eines solchen Ereignisses ergangen ist.

Haben Sie jemals eines der folgenden Ereignisse selbst durchlebt, bei anderen beobachtet oder haben erfahren, dass ein solches Ereignis einer nahestehenden Person passiert ist?

- | | | |
|---|----------|------------|
| *1.1 Körperlicher Angriff im Erwachsenenalter | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.2 Körperliche Misshandlung im Kindesalter | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.3 Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.4 Sexuelle Grenzüberschreitung oder Missbrauch im Kindesalter | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.5 Naturkatastrophe (z. B. schweres Erdbeben, Hurrikan, Tsunami) | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.6 Feuer, Explosion | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.7 Schwerer Verkehrsunfall | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.8 Schwerer Arbeitsunfall | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.9 Schwerer anderer Unfall (z. B. zu Hause oder in der Freizeit) | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.10 Bedrohung mit einer Waffe | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.11 Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.12 Gefangenschaft (z. B. Geiselnahme, politische Gefangenschaft) | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.13 Lebensbedrohliche Krankheit | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.14 Starkes Leid eines anderen Menschen | JA _____ | NEIN _____ |
| *1.15 Schwere Verletzung, Bedrohung oder Tod einer anderen Person | JA _____ | NEIN _____ |

- *1.16 *Schwere Verletzung oder Bedrohung einer nahestehenden Person* JA _____ NEIN _____
- *1.17 *Überraschender Unfalltod einer nahestehenden Person* JA _____ NEIN _____
- *1.18 *Berufliche Konfrontation mit grausamen Details
(z. B. auf Bildern oder in Videoaufnahmen)* JA _____ NEIN _____
- *1.19 *Anderes belastendes Ereignis:* _____

► Falls kein traumatisches Ereignis genannt wird (**NEIN** bei 1.1–1.19): weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

► Falls mehrere traumatische Ereignisse genannt wurden: weiter zu Frage 1.20, ansonsten weiter zu Frage 1.22.

*1.20 *Wie alt waren Sie, als diese Ereignisse stattgefunden haben?*

Erstes Ereignis: Alter: _____

Weitere Ereignisse: Alter: _____

Letztes Ereignis: Alter: _____

Das am stärksten beeinträchtigende Ereignis: Alter: _____

Hinweis: Bei anhaltenden Ereignissen (z. B. fortgesetztem körperlichen Missbrauch) Beginn und Ende des Traumas notieren.

Hinweis: Wurden mehrere traumatische Ereignisse erlebt, von denen mindestens eines innerhalb des letzten Monats erlebt wurde sowie eines vor mehr als einem Monat, sollten sowohl die »Posttraumatische Belastungsstörung« (S. 106) als auch die »Akute Belastungsstörung« (S. 112) abgeklärt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, auf welches Ereignis sich die jeweiligen Symptome beziehen.

*1.21 *Welches der genannten Ereignisse beeinträchtigt Sie heute am meisten?*

Beschreiben: _____

***1.22** *Ist bei diesem traumatischen Ereignis jemand schwer verletzt worden, fast oder tatsächlich ums Leben gekommen oder wurde Opfer sexueller Gewalt?*

JA _____ NEIN _____

***1.23** *Haben Sie das genannte Ereignis selbst erlebt, bei einer anderen Person beobachtet oder davon auf anderem Wege erfahren (z. B. im beruflichen Kontext oder durch die Mitteilung durch einen Polizisten, wenn das Ereignis einer nahestehenden Person widerfahren ist)?*

Beschreiben: _____

► Falls nur ein Trauma erlebt wurde und dieses Trauma nicht länger als einen Monat zurück liegt: weiter zu »Akute Belastungsstörung« (S. 112).

► Falls mehrere Traumata vor über einen Monat erlebt wurden, erfassen Sie möglichst für jedes dieser traumatischen Ereignisse die »Posttraumatische Belastungsstörung« (S. 106). Beginnen Sie mit dem schwerwiegendsten Ereignis bzw. mit dem Ereignis, das zum Zeitpunkt des Interviews die deutlichsten Beeinträchtigungen im Alltag verursachen.

Hinweis: Beachten Sie, dass sich sowohl die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung als auch die Symptome der Akuten Belastungsstörung immer auf ein traumatisches Ereignis beziehen, nach dem sie entweder aufgetreten sind oder sich verschlechtert haben. Es ist z. B. nicht möglich die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen, wenn Symptome des Wiedererlebens ausschließlich in Zusammenhang mit einem traumatisches Ereignis stehen, während Symptome der Vermeidung ausschließlich im Zusammenhang mit einem anderen traumatischen Ereignis stehen.

Posttraumatische Belastungsstörung

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Erleben des traumatischen Ereignisses vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 9 überzugehen (S. 111).

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Reaktionen stellen, die in Folge eines solchen traumatischen Ereignisses, wie Sie es erlebt haben, auftreten können. Dabei würde ich gerne wissen, ob und wie diese in der vergangenen Woche und dem vergangenen Monat bei Ihnen aufgetreten sind und wie stark Sie darunter leiden.

***1. Symptome des Wiedererlebens (mindestens 1 Symptom)**

Nehmen Sie bei den Symptomen gegebenenfalls deren spezifische Natur wie z. B. Hinweisreize, die das mit dem Ereignis verbundene Leiden auslösen, auf. Benutzen Sie die Spalte Kommentar, um klinisch relevante Informationen zu notieren (z. B. Dauer der Symptome).

Häufigkeit/Schweregrad:

Beurteilen Sie für jedes Symptom des Wiedererlebens die Häufigkeit des Wiedererlebens bzw. den Schweregrad der Belastung anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

Hinweis: Ein Symptom gilt als erfüllt, wenn es anhaltend auftritt.

nie	manchmal	häufig	immer
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Wie häufig erlebten Sie im letzten Monat, dass Sie...

Wie stark litten Sie im letzten Monat darunter, dass Sie...

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*1.1 ... an das Ereignis dachten, auch wenn Sie nicht daran denken wollten oder dass Sie plötzlich ungewollte Gedanken an das Ereignis hatten?	_____	_____
*1.2 ... Träume hatten, die einen inhaltlichen oder emotionalen Bezug zum Ereignis hatten?	_____	_____

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*1.3 ... <i>manchmal so fühlten oder handelten, als ob Sie wieder in der traumatischen Situation wären?</i>	_____	_____
*1.4 ... <i>emotional oder gedanklich stark aufgebracht waren, wenn Sie etwas an das Ereignis erinnerte?</i>	_____	_____
*1.5 ... <i>starke körperliche Reaktionen erlebten, wenn Sie etwas an das Ereignis erinnerte (z. B. Schwitzen, Atemschwierigkeit, Herzrasen)?</i>	_____	_____

► Falls eindeutig kein Symptom aus 1.1–1.5 erfüllt: weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

***2. Symptome der Vermeidung (mindestens 1 Symptom)**

Häufigkeit/Schweregrad:

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

nie	manchmal	häufig	immer
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Hinweis: Ein Symptom gilt als erfüllt, wenn es anhaltend auftritt.

Wie häufig erlebten Sie im letzten Monat, dass Sie...
Wie stark litten Sie im letzten Monat darunter, dass Sie...

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*2.1 ... <i>bewusst Gedanken, Gefühle oder Gespräche vermieden, die in Verbindung mit dem Ereignis stehen könnten?</i>	_____	_____
*2.2 ... <i>bewusst Aktivitäten, Situationen oder Menschen vermieden, die Erinnerungen an das Ereignis wachrufen könnten?</i>	_____	_____

► Falls eindeutig kein Symptom aus 2.1–2.2 erfüllt: weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

***3. Symptome veränderter Gedanken oder Gefühle (mindestens 2 Symptome)**

***3.1 Haben Sie Erinnerungslücken zu wichtigen Aspekten des Ereignisses?**

JA _____ NEIN _____

Häufigkeit/Schweregrad:

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

nie	manchmal	häufig	immer
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Hinweis: Ein Symptom gilt als erfüllt, wenn es anhaltend auftritt. Bitte beurteilen Sie, ob die anhaltenden Gedanken (3.3) und anhaltenden negativen Gefühle (3.4) verzerrt oder übertrieben sind.

*Wie häufig erlebten Sie im letzten Monat, dass Sie...
Wie stark litten Sie im letzten Monat darunter, dass Sie...*

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*3.2 ... anhaltende negative Überzeugungen oder Erwartungen über sich selbst, andere oder die Welt hatten (z.B. „ich bin schlecht“, „man sollte niemandem trauen“, „die Welt ist ein gefährlicher Ort“, „mein gesamtes Nervensystem ist anhaltend gestört“)?	_____	_____
*3.3 ... anhaltende negative Gedanken über die Ursachen bzw. Folgen des traumatischen Ereignisses hatten (z. B. „ich bin ein typisches Opfer, „hätte ich mich anders verhalten, wäre mir das nicht passiert“ „man kann anderen nicht vertrauen“)?	_____	_____
*3.4 ... anhaltend negative Gefühle hatten (z. B. Angst, Wut, Schuld, Scham, Ekel)?	_____	_____
*3.5 ... unter einem Verlust des Interesses und/oder einer verminderten Teilnahme an Aktivitäten litten, die Ihnen einmal wichtig waren?	_____	_____
*3.6 ... sich fremd von Personen fühlten, die Ihnen nahe stehen, wie z. B. Freunde oder Familienmitglieder?	_____	_____

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*3.7 ... <i>sich wie »gelähmt«</i> fühlten oder fühlten, als ob Sie keine positiven Gefühle mehr empfinden könnten (z. B. Freude, Zufriedenheit, zärtliche Gefühle oder Liebe)?	_____	_____

► Falls eindeutig weniger als 2 Symptome aus 3.1–3.7 erfüllt: weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

***4. Symptome erhöhten Arousals (mindestens 2 Symptome)**

Häufigkeit/Schweregrad:

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

nie	manchmal	häufig	immer
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Hinweis: Ein Symptom gilt als erfüllt, wenn es anhaltend auftritt.

Wie häufig erlebten Sie im letzten Monat, dass Sie...
Wie stark litten Sie im letzten Monat darunter, dass Sie...

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
*4.1 ... <i>Schwierigkeiten hatten ein- oder durchzuschlafen?</i>	_____	_____
*4.2 ... <i>reizbar waren oder Wutausbrüche hatten?</i>	_____	_____
*4.3 ... <i>Konzentrationsschwierigkeiten hatten?</i>	_____	_____
*4.4 ... <i>sehr wachsam waren, auch wenn kein Grund dafür bestand?</i>	_____	_____
*4.5 ... <i>sehr schreckhaft waren, z. B. bei einem plötzlichen Lärm oder Geräuschen?</i>	_____	_____
*4.6 ... <i>sich manchmal risikoreich verhielten (z. B. schnelles Autofahren, mit anderen Personen streit anfangen)?</i>	_____	_____

► Falls eindeutig weniger als 2 Symptome aus 4.1–4.6 erfüllt: weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

***5.1** *Wie bald nach dem Ereignis traten die von Ihnen berichteten Symptome auf?*

Wochen: _____

***5.2** *Sind die Symptome erst 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten?*

JA _____ **NEIN** _____

Bestimme, ob: Die Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn« liegt vor, wenn das Syndrom mindestens 6 Monate nach dem Trauma begann.

Erlebten Sie in dem letzten Monat, dass Sie das Gefühl hatten,...

***6.1** *... Sie selbst und Ihr Verhalten kommen Ihnen fremd oder unwirklich vor?*

JA _____ **NEIN** _____

***6.2** *... sich außerhalb Ihres Körpers zu befinden und sich selbst bzw. Ihre Gedanken zu beobachten?*

JA _____ **NEIN** _____

***6.3** *... dass Ihnen die Ereignisse um Sie herum unwirklich, sonderbar oder fremd vorkamen (z. B. wie in einem Film oder wie in Watte gepackt)?*

JA _____ **NEIN** _____

Bestimme, ob: Falls **JA** bei 6.1, 6.2 und/oder 6.3 liegt eine Posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen vor.

***7.** Ausschluss von Substanzeffekten:

***7.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Drogen oder Medikamenten oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem die beschriebenen Symptome bei Ihnen auftreten?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

- *7.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

- *8. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Mittelohrentzündung, Schilddrüsenprobleme, Schwangerschaft, niedriger Blutzucker, Mitralklappenprolaps), die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *9. *Wie stark werden Sie durch die oben beschriebenen Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

10. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie ähnliche Probleme in Bezug auf dieses Ereignis oder auch ein anderes Ereignis hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Akute Belastungsstörung

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Erleben des Traumas vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 6 überzugehen (S. 115).

Hinweis: Stellen Sie die Fragen dieses Abschnittes nur dann, wenn ein traumatisches Erlebnis vorliegt, das innerhalb des letzten Monats stattgefunden hat (Fragen 1.1–1.19, S. 103–104).

1. Welche Gefühle empfanden Sie während oder nach dem traumatischen Ereignis?

Beschreiben Sie dies für jedes berichtete traumatische Ereignis.

Beschreiben: _____

*2. Traumafolgesymptome (mindestens 9 Symptome aus den 5 Kategorien)

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

nie	manchmal	häufig	immer
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

Wie häufig erlebten Sie seit dem traumatischen Ereignis, dass Sie...

Wie stark leiden Sie darunter, dass Sie...

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
--	----------------------------	-----------

Symptome des Wiedererlebens

*2.1 ... an das Ereignis dachten, auch wenn Sie nicht daran denken wollten oder Sie plötzlich ungewollte Gedanken an das Ereignis hatten?

	_____	_____
--	-------	-------

*2.2 ... Träume hatten, die einen inhaltlichen oder emotionalen Bezug zum Ereignis hatten?

	_____	_____
--	-------	-------

*2.3 ... manchmal so fühlten oder handelten, als ob Sie wieder in der traumatischen Situation wären?

	_____	_____
--	-------	-------

	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
--	----------------------------	-----------

*2.4 ... *emotional oder gedanklich stark oder langhaltend aufgebracht waren, wenn Sie etwas an das Ereignis erinnerte?*

	_____	_____
--	-------	-------

Negative Stimmung

*2.5 ... *sich fühlten, als ob Sie dauerhaft keine positiven Gefühle mehr empfinden könnten (z. B. Freude, Zufriedenheit, zärtliche Gefühle oder Liebe)?*

	_____	_____
--	-------	-------

Dissoziative Symptome

*2.6 ... *Unwirklichkeitsgefühle bezüglich sich selbst oder der Umgebung hatten (z. B. die Welt durch einen Vorhang sehen, sich selbst aus einer anderen Perspektive sehen, Zeitverlangsamung)?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.7 ... *eine Unfähigkeit verspürten, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses erinnern zu können (dissoziative Amnesie)?*

	_____	_____
--	-------	-------

Hinweis: Nicht aufgrund von Einflüssen wie Alkohol, Drogen oder Kopfverletzungen.
--

Symptome der Vermeidung

*2.8 ... *bewusst Gedanken, Gefühlen oder Gespräche vermieden, die in Verbindung mit dem Ereignis stehen oder stehen könnten?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.9 ... *bewusst Aktivitäten, Situationen oder Menschen vermieden, die Erinnerungen an das Ereignis wachrufen könnten?*

	_____	_____
--	-------	-------

Symptome erhöhten Arousal

*2.10 ... *Schwierigkeiten hatten ein- oder durchzuschlafen?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.11 ... *reizbar waren oder Wutausbrüche hatten?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.12 ... *Konzentrationsschwierigkeiten hatten?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.13 ... *sehr wachsam waren, auch wenn kein Grund dafür bestand?*

	_____	_____
--	-------	-------

*2.14 ... *sehr schreckhaft waren, z. B. bei einem plötzlichen Lärm oder Geräuschen?*

	_____	_____
--	-------	-------

► Falls eindeutig weniger als 9 Symptome (2.1–2.14): weiter zu »Somatische Belastungsstörung« (S. 117).

*3. *Wie bald nach dem Ereignis traten die Symptome auf?*

Tage: _____

Hinweis: Die Symptome können sofort nach dem Trauma auftreten, müssen aber für die Diagnose der Akuten Belastungsstörung mindestens 3 Tage anhalten.

*4. Ausschluss von Substanzeffekten:

*4.1 *Nahmen Sie am Tag des Traumas oder als die Symptome auftraten irgendwelche Medikamente, Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*4.2 *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

*5. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Mittelohrentzündung, Schilddrüsenprobleme, Schwangerschaft, niedriger Blutzucker, Mitralklappenprolaps), die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *6.** *Wie stark werden Sie durch die oben beschriebenen Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Somatische Belastungs- und verwandte Störungen

Somatische Belastungsstörung – 117

Krankheitsangststörung – 122

Somatische Belastungsstörung

*1.1 *Haben Sie körperliche Beschwerden, die Sie belasten oder Sie im Alltag deutlich beeinträchtigen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.1

*1.2 *Hatten Sie jemals körperliche Beschwerden, die Sie belasten oder Sie im Alltag deutlich beeinträchtigen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Krankheitsangststörung« (S. 122).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die körperlichen Beschwerden vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 8 überzugehen (S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

*2.1 *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Symptome belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

*2.2 *Besteht diese Beeinträchtigung durch die körperlichen Beschwerden seit mindestens 6 Monaten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu »Krankheitsangststörung« (S. 122).

Bestimme, ob: Besteht über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten eine deutliche Beeinträchtigung durch die Belastung und es liegen schwere somatische Symptome vor, handelt es sich um eine „andauernde“ Störung.

Hinweis: Nach DSM-5 dürfen einzelne Symptome zeitweise nicht auftreten, insgesamt sollte aber die Belastung durch somatische Symptome über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten bestehen.

3.1 *Wurden diese Symptome bereits durch einen Arzt untersucht?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

3.2 *Gab es einen Befund?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

3.3 *Wurde Ihnen gesagt, dass dieser Befund Ihre Symptome nicht ausreichend erklären kann?*

JA _____ NEIN _____

*4.1 *Machen Sie sich immer wieder Gedanken über die Ernsthaftigkeit Ihrer Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*4.2 *Während Sie durch die Symptome geplagt werden, wie stark glauben Sie dann daran, dass diese Symptome einen ernsthaften Hintergrund haben (z. B. dass sie aufgrund eines schweren körperlichen Defizits bestehen, dass sie ein Zeichen für ein schwerwiegendes Problem sind)?*

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

*4.3 *Wie stark glauben Sie zu Zeiten, in denen Sie nicht durch _____ geplagt werden (wie vielleicht jetzt), dass diese Symptome einen ernsthaften Hintergrund haben?*

0% (überhaupt nicht) – 100% (vollständig) _____

Hinweis: Die Gedanken über das Symptom/die Symptome müssen übertrieben sein.

***4.4** *Haben Sie Angst um Ihre Gesundheit oder in Bezug auf die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

***4.5** *Wie viele Stunden pro Tag haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats Ihren Symptomen oder Ihrer Gesundheit gewidmet (z. B. durch Arztbesuche, Informationssuche bzgl. der Symptome)?*

Anzahl Stunden: _____

Hinweis: Nach DSM-5 muss die Beschäftigung mit den Symptomen oder Gesundheitsbefürchtungen (Frage 4.5) viel Zeit oder Energie in Anspruch nehmen.

5. *Haben Sie die Möglichkeit, die Beschwerden auf irgendeine Weise zu beeinflussen, so dass sie z. B. stärker oder schwächer werden oder ganz verschwinden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Frage nicht bejahen, wenn die Beeinflussung durch Medikamente geschieht.

6.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Beschwerden eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

6.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***7.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie durch diese körperlichen Probleme belastet werden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***7.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***8.** *Wie stark werden Sie durch die gerade besprochenen Beschwerden in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

9. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie befürchtet haben bzw. überzeugt waren, an einer bestimmten Krankheit zu leiden (möglicherweise auch im Zusammenhang mit einer anderen Krankheit)?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bestimme, ob: Ist nur eines der Kriterien 4.1, 4.4 oder 4.5 erfüllt, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Sind zwei oder mehr der Kriterien erfüllt, liegt eine „mittelgradige“ Störung vor. Bei Erfüllung von zwei oder mehr der Kriterien und gleichzeitigem Vorliegen mehrerer somatischer Symptome oder einem sehr schweren somatischen Symptom, liegt eine „schwere“ Somatische Belastungsstörung vor.

Bestimme, ob: Werden vor allem Schmerzsymptome berichtet, handelt es sich um eine Somatische Belastungsstörung mit „überwiegendem Schmerz“.

Krankheitsangststörung

*1.1 *Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt, an einer schweren Krankheit zu leiden (z. B. Krebs, Herzerkrankung, AIDS)?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.2 *Welche Krankheiten befürchten Sie zu haben?*

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1: weiter mit Frage 2.1.

*1.3 *Haben Sie jemals über eine längere Zeitspanne hinweg häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt, an einer schweren Krankheit zu leiden?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.4 *Welche Krankheiten haben Sie damals befürchtet zu haben?*

Beschreiben: _____

1.5 *Wann hatten Sie zum letzten Mal diese Befürchtungen?*

Von (Mt./J.): _____ bis (Mt./J.): _____

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu den »Einstiegsfragen zum Körpergewicht« (S. 129).

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu der Zeit stellen, in der Sie befürchtet haben oder überzeugt waren, an _____ zu leiden.

Hinweis: Falls mehrere Krankheitsbefürchtungen bestehen, stellen Sie die folgenden Fragen für die am stärksten ausgeprägten Krankheitsbefürchtungen.

Krankheitsbefürchtung 1: _____

Krankheitsbefürchtung 2: _____

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Krankheitsangst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 14 überzugehen (S. 127).

***2.1** *Gibt es Ihrer Meinung nach einen Grund zu glauben, dass Sie ein erhöhtes Risiko haben, an _____ zu erkranken oder leiden (z. B. eine andere eigene Erkrankung oder ein erhöhtes familiäres Risiko)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***2.2** Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Krankheitsangst, in Hinblick auf die andere Erkrankung oder das familiäre Risiko, als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***3.** *Wie stark sind Sie zurzeit davon überzeugt, unter _____ zu leiden?*

(0–100 Skala: 0 = überhaupt nicht und 100 = vollkommen) _____%

4. *Gibt es irgendetwas, das Sie daran zweifeln lässt, an _____ zu leiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***5.1** *Erleben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Befürchtung oder Überzeugung an _____ zu leiden bestimmte Körperempfindungen oder Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**, ansonsten weiter zu Frage 6.1:

5.2 *Welche Symptome erleben Sie?* _____

5.3 *Wie oft treten diese Symptome auf?*

Durchschnittliche Häufigkeit pro Monat: _____

***5.4** *Sind diese Symptome für Sie Hinweis oder Bestätigung dafür, dass Sie möglicherweise an _____ leiden?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Wenn die Krankheitsangst eindeutig mit körperlichen Beschwerden im Zusammenhang steht, die über ein nur geringes Ausmaß hinausgehen, ist eine Somatische Belastungsstörung zu vergeben. Falls 5.1 oder 5.4 bejaht wurden, klären Sie daher ggf. erneut die Somatische Belastungsstörung ab.

***6.1** *Gibt es bestimmte Verhaltensweisen, die Sie in Bezug auf Ihre Befürchtung bzw. Überzeugung an _____ zu leiden immer wieder durchführen (z. B. Körperstellen abtasten oder im Spiegel betrachten, bei anderen Rückversicherungen einholen, im Internet Informationen suchen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Die berichteten Verhaltensweisen müssen übertrieben sein.

***6.2** *Suchen Sie sehr häufig einen Arzt oder ein Krankenhaus auf, um zu klären, ob Sie an _____ oder einer anderen körperlichen Krankheit leiden?*

JA _____ NEIN _____

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

***6.3** *Vermeiden Sie bestimmte Orte, Personen oder Verhaltensweisen, weil diese Ihre Befürchtung bzw. Überzeugung an _____ zu leiden verschlimmern könnten oder weil Sie diese als eine Gefährdung für Ihre Gesundheit betrachten (z. B. Arztbesuche, Besuch kranker Familienmitglieder, körperliche Betätigung)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Die berichteten vermeidenden Verhaltensweisen müssen maladaptiv sein.

Falls **NEIN**:

***6.4** *Vermeiden Sie es, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen, da Sie damit Krankheiten oder Tod in Verbindung bringen?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Wenn **JA** bei 6.2: Aufsuchender Typus, wenn bei **JA** 6.4: Vermeidender Typus.

► Falls eindeutig **NEIN** bei 5.1 und 6.2: weiter mit Frage 10 (S. 125).

7. *Wie häufig haben Sie in dieser Zeit einen Arzt oder ein Krankenhaus wegen dieser Symptome aufgesucht?*

Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche pro Monat: _____

8. *Was wurde bei diesen Untersuchungen herausgefunden?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Falls medizinische Untersuchungen eindeutig eine organische Ursache der Symptome nahe legen, klären Sie ab, ob die beschriebenen Symptome durch die organische Ursache erklärt werden können oder ob die Symptome vom Patienten/von der Patientin fehlinterpretiert werden. Bei vorliegenden körperlichen Beschwerden sollte die Somatische Belastungsstörung abgeklärt werden.

9.1 *Falls die Ärzte Ihnen mitteilten, Sie könnten nichts Auffälliges finden, waren Sie dann beruhigt?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

9.2 *Wie lange hielt dieses Gefühl der Beruhigung an?*

Tage: _____

9.3 *Hat diese Beruhigung nachgelassen, sodass Sie immer noch glauben, körperlich krank zu sein?*

JA _____ NEIN _____

*10. *Machen Sie sich leicht Sorgen um Ihre Gesundheit (z. B. durch Zeitungs- oder Fernsehberichte, Aussagen aus Ihrem Umfeld)?*

JA _____ NEIN _____

11.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie begonnen haben, zu befürchten, an _____ zu leiden?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*12. Ausschluss von Substanzeffekten:

*12.1 Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie sich Sorgen machen, eine schlimme Erkrankung zu haben bzw. zu bekommen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

*12.2 Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?

JA _____ NEIN _____

*13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Mittelohrentzündung, Schilddrüsenprobleme, Schwangerschaft, niedriger Blutzucker, Mitralklappenprolaps), die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *14.** *Wie stark werden Sie durch die gerade besprochene Befürchtung, an _____ zu leiden, in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Angst, Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Angst: _____ (0–8)

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- 15.** *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie befürchtet haben bzw. überzeugt waren, an einer bestimmten Krankheit zu leiden (möglicherweise auch im Zusammenhang mit einer anderen Krankheit)?*

JA _____ **NEIN** _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Essstörungen

Einstiegsfragen zum Körpergewicht – 129

Anorexia Nervosa – 130

Bulimia Nervosa – 137

Binge-Eating-Störung – 143

Einstiegsfragen zum Körpergewicht

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Gewicht und Ihren Essgewohnheiten stellen.

1.1 *Welches war Ihr höchstes Gewicht (außerhalb Schwangerschaft) im Erwachsenenalter?*

_____ kg

1.2 *Wie alt waren Sie da?* **Lebensalter (Mt./J.):** _____

1.3 *Welches war Ihr niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter?* _____ kg

1.4 *Wie alt waren Sie da?* **Lebensalter (Mt./J.):** _____

Anorexia Nervosa

*1.1 *Wie groß sind Sie aktuell?* _____ m

*1.2 *Wie viel wiegen Sie aktuell?* _____ kg

Hinweis: Wenn möglich, sollte das Gewicht und die Größe des Patienten vor Ort gemessen werden, da die vom Patienten dazu gemachten Aussagen ungenau sein können.

Berechnen Sie den BMI:

Aktuell: _____ kg/m²

Höchster BMI: _____ kg/m²

Niedrigster BMI: _____ kg/m²

Hinweis: Der BMI errechnet sich als Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern (BMI = kg/m²). Als Faustregel für die Interpretation von BMI-Werten schlagen wir folgende Klassifikation vor (in Anlehnung an WHO, 2008):

	<u>BMI</u>
Definitiv anorektisch	<17
Untergewicht (möglicherweise anorektisch)	17–18,49
Normalgewicht	18,5–24,99
Übergewicht	25–29,99
Adipositas Grad I	30–34,9
Adipositas Grad II	35–39,9
Adipositas Grad III	≥40

► Falls Übergewicht (BMI ≥ 25) oder Adipositas (BMI ≥ 30) vorliegt, sollten somatische Risiken abgeklärt werden (z. B. metabolisches Syndrom, Schlafapnoe).

Hinweis: Wenn Untergewicht vorliegt (BMI < 18,5): unabhängig von der Beantwortung der Frage 1.3 weiter zu Frage 2.1.

*1.3 Haben Sie kürzlich stark abgenommen?

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA** bei 1.3 oder Untergewicht (BMI < 18,5) vorliegt: weiter zu Frage 2.1.

*1.4 Gab es jemals eine Zeit in der Sie stark abgenommen haben?

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

*1.5 Wie groß waren Sie da? _____ m

*1.6 Wie viel wogen Sie da? _____ kg

*1.7 Wie alt waren Sie da? **Lebensalter:** _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 oder 1.4 und kein Verdacht auf Anorexia Nervosa besteht (BMI < 18,5): weiter zu »Bulimia Nervosa« (S. 137).

Hinweis: Eine Anorexia Nervosa kann auch bei fehlendem Untergewicht vergeben werden, wenn die Energieaufnahme in Relation zum Energiebedarf soweit eingeschränkt ist, dass dies zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt (BMI < 18,5).

Bestimme, ob: Liegt ein BMI von 17–18,49 vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei einem BMI zwischen 16–16,99 liegt eine „mittelgradige“, bei einem BMI zwischen 15–15,99 eine „schwere“ und bei einem BMI von < 15 eine „extreme“ Anorexia Nervosa vor.

2.1 Möchten Sie an Gewicht zunehmen, sodass Sie wieder normalgewichtig sind?

JA _____ NEIN _____

Falls **NEIN**:

2.2 Warum möchten Sie Ihr Gewicht halten oder weiter abnehmen?

Beschreiben: _____

2.3 Haben andere Leute Ihnen schon geraten zuzunehmen?

JA _____ NEIN _____

***3.1** *Haben Sie große Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden?*

JA _____ NEIN _____

***3.2** *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihnen die Vorstellung zuzunehmen?*

0	1	2	3
keine Angst	leichte Angst	starke Angst	sehr starke Angst

Angst/Unbehagen: _____

Hinweis: Damit das Kriterium erfüllt ist, muss starke oder sehr starke Angst/Unbehagen (≥ 2) vorliegen.

3.3 *Gibt es für Sie eine Gewichtsgrenze oder ein Gewicht, das Sie nicht überschreiten möchten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.1** *Haben Sie zurzeit das Gefühl, insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick zu sein?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.2** *Wie wichtig ist Ihr Körpergewicht oder Ihre Figur für Ihren Selbstwert?*

Beurteilen Sie die Wichtigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nicht	weniger	wichtig	sehr
wichtig	wichtig		wichtig

Wichtigkeit: _____

Hinweis: Damit das Kriterium erfüllt ist, muss das Gewicht oder die Figur wichtig oder sehr wichtig (≥ 2) für den Selbstwert sein.

***4.3** *Denken Sie, dass Ihr aktuelles Gewicht eine Bedrohung für Ihre Gesundheit ist?*

JA _____ NEIN _____

5.1 *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Sie typischerweise im Laufe eines Tages essen.*

Beschreiben: _____

5.2 *Denken Sie oft ans Essen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

5.3 *Achten Sie darauf, was Sie essen?*

JA _____ NEIN _____

5.4 *Verboten Sie sich bestimmte Nahrungsmittel?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Welche? _____

Warum? _____

5.5 *Achten Sie auf die Menge, die Sie essen?*

JA _____ NEIN _____

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Verhaltensweisen stellen, die man tun kann, um nicht zuzunehmen und würde gerne wissen, ob diese auf Sie zutreffen.

Subtypen der Anorexia Nervosa:

Restriktiver Typus:

*6.1 *Machen Sie eine Diät, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*6.2 *Fasten Sie, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*6.3 *Treiben Sie übermäßig viel Sport, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***6.4** Versuchen Sie durch irgendwelche anderen Verhaltensweisen, einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Binge-Eating-/Purging-Typus:

***7.1** Haben Sie Essanfälle? Essen Sie dabei in kurzer Zeit (z. B. innerhalb von 2 Stunden) sehr viel?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.2** Verwenden Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel oder Einläufe, um abzunehmen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.3** Erbrechen Sie im Anschluss an eine Mahlzeit, um abzunehmen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

8.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie angefangen haben abzunehmen bzw. oben beschriebenes Essverhalten zu zeigen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

8.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.1 Abklärung der Angemessenheit**

Würden Sie die beschriebene Wahrnehmung des Körpers/Gewichts oder der Selbstbewertung in Bezug auf Körper/Gewicht als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***9.2 Erkennt die Patientin/der Patient die Ernsthaftigkeit des Untergewichts?**

JA _____ NEIN _____

***10. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***10.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie stark abgenommen haben bzw. Angst haben zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***10.2** *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamente, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

***11. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

12. *Wie stark werden Sie durch die Gewichtsabnahme bzw. das Essverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

► Falls eindeutig keine Essanfälle berichtet wurden: weiter zu »Screening zum Schlafverhalten« (S. 148).

13. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sehr viel weniger wogen, als Sie nach der Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in denen Sie stark abgenommen haben?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt waren, für längere Zeit aber kein Untergewicht bestand, aber entweder weiterhin Angst vor Gewichtszunahme oder einer Gewichtszunahme entgegenwirkende Maßnahmen vorliegen oder eine verzerrte Selbstwahrnehmung in Bezug auf Gewicht und Figur vorliegen. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Anorexia Nervosa erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Bulimia Nervosa

*1.1 *Haben Sie Essanfälle oder Heihungerphasen, bei denen Sie in kurzer Zeit (z. B. innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden) sehr viel essen, d. h. deutlich mehr als andere Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

*1.2 *Haben Sie während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, sodass Sie z. B. nicht mehr kontrollieren können, was Sie essen oder wie viel Sie essen bzw. dass Sie nicht mehr aufhören können zu essen, obwohl Sie das eigentlich wollen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.1.

*1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie Essanfälle oder Heihungerphasen erlebten, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel gegessen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

*1.4 *Hatten Sie jemals während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren?*

JA _____ NEIN _____

1.5 *Wann sind diese Essanfälle/Heihungerphasen zum letzten Mal aufgetreten?*

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu den »Einstiegsfragen zum Schlafverhalten« (S. 148).

2.1 *Beschreiben Sie bitte was und wie viel Sie während eines Essanfalls essen:*

Beschreiben: _____

Hinweis: Während eines Essanfalls werden typischerweise kalorienreiche, süße und leicht zu verschlingende Nahrungsmittel eingenommen.

2.2 *In welcher Reihenfolge essen Sie die Speisen?*

Beschreiben: _____

***3.1** *Erbrechen Sie im Anschluss an eine Mahlzeit, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.2** *Verwenden Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel oder Einläufe, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.3** *Fasten Sie, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.4** *Treiben Sie übermäßig viel Sport, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 3.1–3.4: weiter zu »Binge-Eating-Störung« (S. 143).

4. *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Sie typischerweise im Laufe eines Tages essen:*

Beschreiben: _____

5.1 *Machen Sie sich erhebliche Sorgen um Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen?*

JA _____ NEIN _____

5.2 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihnen die Vorstellung 3 bis 5 kg zuzunehmen?*

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Angst/Unbehagen: _____

***6.** *Wie wichtig ist Ihr Körpergewicht oder Ihre Figur für Ihren Selbstwert?*

Beurteilen Sie die Wichtigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	wichtig	sehr wichtig

Wichtigkeit: _____

***7.1** *Seit wann haben Sie diese Essanfälle? (Mt./J.)* _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

***7.2** *Wie viele Essanfälle haben Sie zurzeit?*

***7.2.1** pro Tag: _____

***7.2.2** pro Woche: _____

Hinweis: Für die Erfüllung der Bulimia Nervosa müssen die Essanfälle seit mindestens 3 Monaten mindestens 1 Mal pro Woche auftreten.

Bestimme, ob: Treten durchschnittlich 1–3 Episoden von unangemessenem kompensatorischen Verhaltens pro Woche auf, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–7 Episoden liegt eine „mittelgradige“, bei 8–13 Episoden eine „schwere“ und bei ≥ 14 Episoden unangemessenem kompensatorischen Verhaltens pro Woche eine „extreme“ Bulimia Nervosa vor.

***7.3** *Haben Sie schon einmal über 3 Monate hinweg durchschnittlich einmal pro Woche einen Essanfall mit anschließenden Gegenmaßnahmen gehabt?*

JA _____ NEIN _____

8. *Versuchen Sie, diese Essanfälle vor anderen geheim zu halten?*

JA _____ NEIN _____

9. *Wissen Sie, wodurch die Essanfälle ausgelöst werden (z. B. Schwierigkeiten zu Hause, in der Schule/bei der Arbeit, Langeweile, Gefühl der Leere, Traurigkeit, Ärger usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

10.1 *Wie alt waren Sie, als Sie den ersten Essanfall hatten?*

Beginn (Lebensalter): _____

10.2 *Wo waren Sie, als Sie den ersten Essanfall hatten?*

Beschreiben: _____

10.3 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal etwas unternommen haben, um nicht zuzunehmen (z. B. erbrechen)?*

Beginn (Lebensalter): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

10.4 *Haben Sie damals eine Diät gemacht?*

JA _____ NEIN _____

11.1 *Erinnern Sie sich an etwas, das dazu beigetragen haben könnte, dass Sie erste Essanfälle hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***12. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***12.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Essanfälle bzw. Heißhungerattacken haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

***12.2** *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamente, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

***13. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

14. *Wie stark fühlen sie sich durch dieses Essverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

15. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen mit darauf folgenden Gegenmaßnahmen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Bulimia Nervosa erfüllt waren, für längere Zeit aber nicht mehr alle Kriterien erfüllt werden. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Bulimia Nervosa erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Binge-Eating-Störung

*1. *Sie haben eben von Essanfällen berichtet. Wenn Sie diese Essanfälle haben, bei denen Sie in kurzer Zeit (z. B. innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden) sehr viel essen, und dabei das Gefühl haben die Kontrolle über das Essen zu verlieren, ...*

*1.1 ... *essen Sie dann deutlich schneller als normalerweise?*

JA _____ NEIN _____

*1.2 ... *essen Sie dann soviel, bis Sie sich unangenehm voll fühlen?*

JA _____ NEIN _____

*1.3 ... *essen Sie dann große Nahrungsmengen, auch wenn Sie sich körperlich nicht hungrig fühlen?*

JA _____ NEIN _____

*1.4 ... *essen Sie heimlich oder alleine, weil Sie sich für die große Nahrungsmenge, die Sie essen, schämen?*

JA _____ NEIN _____

*1.5 ... *fühlen Sie sich schuldig, niedergeschlagen oder ekeln Sie sich vor sich selbst, nachdem Sie einen Essanfall hatten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.4 bei Bulimia Nervosa (S. 137) und weniger als 3 Symptome aus 1.1–1.5 bei der Binge-Eating-Störung: weiter zu den »Einstiegsfragen zum Schlafverhalten« (S. 148).

*2.1 *Seit wann haben Sie diese Essanfälle? (Mt./J.)* _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

*2.2 *Wie viele Essanfälle haben Sie zurzeit?*

*2.2.1 pro Tag: _____

*2.2.2 pro Woche: _____

Hinweis: Für die Erfüllung der Binge-Eating-Störung müssen die Essanfälle seit mindestens 3 Monaten mindestens 1 Mal pro Woche auftreten.

Bestimme, ob: Treten durchschnittlich 1–3 Binge-Eating-Episoden pro Woche auf, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–7 Binge-Eating-Episoden liegt eine „mittelgradige“, bei 8–13 Binge-Eating-Episoden eine „schwere“ und bei ≥ 14 Binge-Eating-Episoden pro Woche eine „extreme“ Binge-Eating-Störung vor.

***2.3** *Haben Sie schon einmal über 3 Monate hinweg durchschnittlich einmal pro Woche einen Essanfall gehabt?*

JA _____ NEIN _____

3.1 *Haben Sie jemals eine Diät gemacht?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**: Stellen Sie die Fragen 3.2 – 3.4

3.2 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal eine Diät gemacht haben?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

3.3 *Wie oft haben Sie seither Diäten gemacht?* **Häufigkeit:** _____

3.4 *Wie viel Gewicht haben Sie im Durchschnitt während einer Diät abgenommen und in der Folge darauf wieder zugenommen?*

(kg): _____

Hinweis: In der Regel gilt, dass das Weight Cycling (Jo-Jo-Effekt) umso ausgeprägter ist, je häufiger Diäten gemacht werden.

4.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das bei Beginn zu den Essanfällen beigetragen haben könnte?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***5. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***5.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Essanfälle bzw. Heißhungerattacken haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

***5.2** *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamente, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

***6. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.** *Wie stark fühlen Sie sich durch diese Essanfälle in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Für eine Binge-Eating-Störung darf kein unangemessenes kompensatorisches Verhalten auftreten. Außerdem darf das Binge-Eating-Verhalten nicht im Rahmen einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auftreten.

8. *Gab es neben dieser aktuellen Episode frühere Episoden, in denen Sie durch Essanfälle beeinträchtigt wurden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Binge-Eating-Störung erfüllt waren, für längere Zeit aber nicht mehr alle Kriterien erfüllt werden. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Schlafstörungen

Einstiegsfragen zum Schlafverhalten – 148

Insomnie – 150

Hypersomnie – 156

Einstiegsfragen zum Schlafverhalten

Ich möchte Ihnen im Folgenden einige Fragen zum Schlaf stellen.

***1.1** *Haben Sie Schlafprobleme? Können Sie z. B. nicht ein- oder durchschlafen, ist Ihr Schlaf nicht erholsam, oder sind Sie am Tag oft sehr müde?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

***1.2** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie Schwierigkeiten hatten mit dem Schlafen (z. B. mit dem Ein- oder Durchschlafen, dass Sie keinen erholsamen Schlaf fanden oder dass Sie tagsüber oft sehr müde waren)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum« (S. 162).

Allgemeine Fragen zum Schlaf:

2.1 *Gehen Sie regelmäßig zur gleichen Zeit schlafen?*

JA _____ NEIN _____

2.2 *Wann gehen Sie normalerweise zu Bett?* _____

2.3 *Wann stehen Sie normalerweise auf?* _____

2.4 *Wie lange schlafen Sie normalerweise pro Nacht?*

Effektive Schlafzeit pro Nacht (Stunden): _____

Hinweis: Die Effektive Schlafzeit pro Nacht muss nicht mit der Anzahl Stunden, die im Bett verbracht werden, übereinstimmen.

3. *Haben Sie die Schlafprobleme nur dann, wenn Sie die Zu-Bett-Geh-Zeiten/Schlafzeiten nicht eingehalten haben?*

JA _____ NEIN _____

4.1 *Was machen Sie am Abend bevor Sie schlafen gehen?*

Beschreiben: _____

4.2 *Nehmen Sie anregende Getränke (z. B. Kaffee, Schwarztee, Cola) oder Speisen zu sich?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.3 *Trinken Sie regelmäßig am Abend oder bevor Sie schlafen gehen Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.4 *Sind Sie oft gestresst vor dem Schlafengehen oder führen Sie aufregende Aktivitäten durch?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Insomnie

*1.1 *Kommt es vor, dass Sie abends im Bett liegen und über lange Zeit nicht einschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.2 *Kommt es vor, dass Sie nachts nicht durchschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.3 *Kommt es vor, dass Sie morgens früh wach werden und nicht wieder einschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.4 *Kommt es vor, dass Ihr Schlaf sehr unerholsam ist, dass Sie sich nicht erholt fühlen, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1–1.3: weiter zu Frage 2.1.

*1.5 *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie abends im Bett lagen und über lange Zeit nicht einschlafen konnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.6 Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie nachts nicht durchschlafen konnten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.7 Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie morgens früh wach wurden und nicht wieder einschlafen konnten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.8 Gab es jemals eine Phase, in der Ihr Schlaf nicht erholsam war?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.9 Wann sind diese Einschlafprobleme zum letzten Mal aufgetreten?

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.8: weiter zu » Hypersomnie« (S. 156).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Schlafproblematik vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 12 überzugehen (S. 155).

*2. Verursachen diese Schlafprobleme eine bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung in Ihrem Alltag, in sozialen Situationen, bei Ihrer Arbeit oder während anderer wichtiger Aktivitäten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.1 Wann haben diese Schlafprobleme begonnen?**

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Information zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Mt./J.): _____

***3.2 Bestehen diese Schlafprobleme mindestens 3 Nächte pro Woche?**

JA _____ NEIN _____

***3.3 Bestehen diese Schlafprobleme seit mindestens 3 Monaten?**

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 3.2 und/oder 3.3: weiter zu » Hypersomnie« (S. 156).

***4. Gibt es Gründe in Ihrem Umfeld, die eine Erklärung dafür sein könnten, dass Sie wach bleiben oder immer wieder aufwachen (z. B. Lärm, berufliche oder familiäre Pflichten)?**

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Eine Insomnie liegt nur dann vor, wenn die Schlafproblematik nicht besser durch inadäquate Gelegenheiten oder Begleitumstände erklärt werden kann.

Nur fragen bei Einschlafproblemen (JA bei 1.1 oder 1.5):

5. Wie lange brauchen Sie normalerweise bis Sie einschlafen können?

Durchschnittliche Dauer: _____

Nur fragen bei Durchschlafproblemen (JA bei 1.2 oder 1.6):

6.1 Wie oft wachen Sie nachts auf?

Durchschnittliche Anzahl: _____

6.2 Wie lange brauchen Sie jeweils, bis Sie wieder einschlafen können?

Durchschnittliche Dauer: _____

***7.** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten nur in Phasen auf, in denen ...*

***7.1** *... Sie sich sehr traurig und hoffnungslos fühlen oder Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

***7.2** *... Sie starke Angst haben oder sich sehr viele Sorgen machen?*

JA _____ NEIN _____

***7.3** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden Schlafattacken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.4** *Wurde bei Ihnen jemals eine atmungsbezogene Schlafstörung (Schlafapnoe) diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.5** *Wurde bei Ihnen jemals ein Restless-Legs-Syndrom diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.6** *Leiden Sie unter wiederholt auftretendem Schlafwandeln?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.7** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden furchterregenden Träumen, die zum Erwachen aus dem Schlaf führen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***8. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***8.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Ein- und/oder Durchschlafprobleme haben irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen (einschließlich Koffein) zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):
_____Falls **JA**:

***8.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptomatik verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***9. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

10. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Schlafprobleme belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

11.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich diese Schlafprobleme eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***12.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Schlafprobleme in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

13. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie über mindestens drei Monate hinweg derartige Schlafprobleme hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Hypersomnie

***1.1** *Sind Sie oft sehr müde, schlafen Sie länger als gewohnt (z. B. mehr als 9 Stunden) oder schlafen Sie tagsüber (fast täglich), obwohl Sie in der Nacht gut und ausreichend (mind. 7 Stunden) geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.2** *Kommt es vor, dass Sie sich nicht erholt fühlen, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.3** *Fällt es Ihnen oft schwer richtig wach zu werden, wenn Sie unerwartet geweckt werden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1–1.3: weiter zu Frage 2.1.

***1.4** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie oft sehr müde waren, in der Sie länger als gewohnt oder tagsüber (fast täglich) schliefen, obwohl Sie in der Nacht gut geschlafen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.5** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie sich nicht erholt fühlten, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.6 Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der es Ihnen schwer fiel richtig wach zu werden, wenn Sie unerwartet geweckt wurden?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.7 Wann ist diese Schläfrigkeit zum letzten Mal aufgetreten?

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.6: weiter zu »Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum« (S. 162).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Schlafproblematik vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 9 überzugehen (S. 160).

*2. Verursacht diese Schläfrigkeit eine bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung in Ihrem Alltag, in sozialen Situationen, bei Ihrer Arbeit oder während anderer wichtiger Aktivitäten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*3.1 Wann hat diese Schläfrigkeit begonnen?

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Mt./J.): _____

*3.2 Verspüren Sie diese Schläfrigkeit seit mindestens 3 Monaten?

JA _____ NEIN _____

*3.3 Haben Sie diese Schläfrigkeit jeweils während mindestens 3 Tagen pro Woche?

JA _____ NEIN _____

***4.1** *Tritt diese Schläfrigkeit nur in Phasen auf, in denen Sie sich sehr traurig und hoffnungslos fühlen oder Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

***4.2** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden Schlafattacken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.3** *Wurde bei Ihnen jemals eine atmungsbezogene Schlafstörung (Schlafapnoe) diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.4** *Wurde bei Ihnen jemals ein Restless-Legs-Syndrom diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.5** *Leiden Sie unter wiederholt auftretendem Schlafwandeln?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.6** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden furchterregenden Träumen, die zum Erwachen aus dem Schlaf führen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Schließen Sie aus, dass das Störungsbild ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung oder ausschließlich im Verlauf einer anderen Schlafstörung (z. B. Narkolepsie, atmungsbezogene Schlafstörung, einer Zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung, Restless-Legs-Syndrom oder einer Parasomnie) auftritt.

Falls die Hypersomnie im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung steht, sie jedoch schwer genug ist, um für sich allein genommen klinische Beachtung zu rechtfertigen, ziehen Sie die Diagnose Hypersomnie in Zusammenhang mit (benennen Sie die psychische Störung) in Betracht.

***5. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***5.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie diese Schläfrigkeit haben irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***5.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA _____ NEIN _____

***6. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

7. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Schläfrigkeit belastet und in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

8.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass diese Schläfrigkeit begonnen hat?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

8.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls Hinweise auf weitere Dyssomnien (z. B. Narkolepsie, atemungsbezogene Schlafstörung, Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen) oder Parasomnien (z. B. Schlafstörung mit Alpträumen, Schlaferror (Pavor nocturnus), Schlafstörung mit Schlafwandeln oder Restless-Legs-Syndrom) bestehen, klären Sie diese unter Zuhilfenahme der DSM-5-Kriterien (ab S. 493) ab.

*9. Wie stark werden Sie durch die eben besprochene Schläfrigkeit in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu betrachten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

10. Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie über einen Zeitraum von mindestens einem Monat eine derartige Schläfrigkeit verspürt hatten?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls JA, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltens- weisen

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum – 162

Störung durch Alkoholkonsum – 163

Nikotinscreening – 169

Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen – 171

Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsument – 174

Störung durch Glücksspielen – 179

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum

Ich möchte Ihnen im Folgenden einige Fragen zum Konsum von alkoholischen Getränken (z. B. Bier, Wein oder Spirituosen) stellen.

Geschichte:

1.1 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken haben?*

Lebensalter (Mt./J.): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Zeitpunkt mit objektiven Lebensumständen verbinden.

1.2 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal einen Rausch hatten?*

Lebensalter (Mt./J.): _____

1.3 *Gab es, seitdem Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken haben, eine Zeit, in der Sie über mindestens einen Monat hinweg keinerlei alkoholische Getränke getrunken haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Störung durch Alkoholkonsum

*1.1 *Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken?*

JA _____ NEIN _____

▶ Falls **NEIN**: weiter zu 1.3

1.2 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in den letzten 12 Monaten getrunken?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

▶ Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.

*1.3 *Gab es jemals in Ihrem Leben eine Zeit, in der Sie regelmäßig über einen Zeitraum von 12 Monaten Alkohol tranken?*

JA _____ NEIN _____

1.4 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in dieser Zeit getrunken?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

▶ Falls **NEIN** bei 1.1 und 1.3: weiter zum »Nikotinscreening« (S. 169).

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten stellen.

*2. *Tranken Sie häufig größere Mengen oder länger als beabsichtigt?*

JA _____ NEIN _____

*3.1 *Haben Sie anhaltend den Wunsch verspürt oder erfolglos versucht, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

3.2 *Wie oft haben Sie schon versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz damit aufzuhören?*

Anzahl Versuche: _____

***4.** *Haben Sie eine beträchtliche Zeit damit verbracht Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von dessen Wirkung zu erholen?*

JA _____ **NEIN** _____

***5.** *Verspürten Sie ein starkes Bedürfnis oder einen Drang, Alkohol zu trinken?*

JA _____ **NEIN** _____

***6.** *Hatten Sie wiederholt alkoholbedingt Schwierigkeiten bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause bekommen (z. B. wiederholtes Fernbleiben und schlechte Leistungen bei der Arbeit, Schulschwänzen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung der Kinder respektive des Haushalts)?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

***7.** *Haben Sie, obwohl Sie wiederholt Auseinandersetzungen mit Partner, Kindern oder Freunden darüber hatten, wann und wie oft Sie Alkohol trinken, Ihren Konsum fortgesetzt (z. B. Streit mit Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen)?*

JA _____ **NEIN** _____

***8.** *Haben Sie aufgrund des Alkoholkonsums wichtige Aufgaben vernachlässigt, eingeschränkt oder aufgegeben, wie z. B. Arbeit, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

***9.** *Nahmen Sie wiederholt in Situationen Alkohol zu sich, in denen es aufgrund des Alkoholeinflusses zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Auto- oder Bootfahren, Fahrradfahren, Bedienen von Maschinen)?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

***10.** *Haben Sie fortgesetzt Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass Sie*

ein medizinisches oder psychisches Problem haben, welches mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt wird?

JA _____ NEIN _____

***11.1** *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie mehr Alkohol trinken mussten als früher, um einen Rausch zu bekommen oder den gewünschten Effekt zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

***11.2** *Stellten Sie schon einmal fest, dass die gleiche Menge Alkohol im Vergleich zu früher zu deutlich geringeren Effekten führte?*

JA _____ NEIN _____

***12.** *Wenn Sie weniger als üblich oder keinen Alkohol tranken, wie häufig und wie ausgeprägt traten dann nach einigen Stunden oder Tagen folgende Symptome auf?*

Beurteilen Sie Häufigkeit und Schweregrad der folgenden Entzugssymptome anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating):

gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer
0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit/
Schweregrad

***12.1** *Schwitzen oder Herzrasen (vegetative Hyperaktivität)*

***12.2** *Zittrige Hände (erhöhter Handtremor)*

***12.3** *Schlaflosigkeit*

***12.4** *Übelkeit oder Erbrechen*

***12.5** *Dass Sie z. B. Dinge gesehen oder gehört haben, die andere nicht bemerkten, oder dass Sie Stimmen gehört oder Erscheinungen gesehen haben, wenn niemand in Ihrer Nähe war (vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen)*

***12.6** *Bewegungsdrang (psychomotorische Agitiertheit)*

***12.7** *Angstgefühle*

***12.8** *Grand-mal-Anfälle (epileptische Anfälle)*

Hinweis: Für die Erfüllung der Alkoholentzugskriterien müssen mindestens zwei der

Kriterien von 12.1–12.8 erfüllt sein.

***12.9** *Haben Sie Alkohol oder eine andere Substanz eingenommen, um das Auftreten derartiger Beschwerden zu lindern oder zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***12.10** *Denken Sie, dass diese Beschwerden mit besonderen körperlichen Bedingungen oder Erkrankungen oder psychischen Leiden zusammenhängen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Schließen Sie aus, dass die Entzugssymptome auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückgehen und auch nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können.

***13.** *Wie stark werden Sie durch die berichteten Beschwerden in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu betrachten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Bestimme, ob: Liegen 2–3 Symptome vor (Fragen 1.1–12.), handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–5 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 6 oder mehr Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

***14.** *Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten nur noch unter einem starken Bedürfnis oder Drang Alkohol zu trinken und sonst unter keinem der anderen Symptome mehr?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Für eine Störung durch Alkoholkonsum „mit früher Remission“, dürfen die Kriterien einer Störung durch Alkoholkonsum nach einer 3 Monats-Phase nicht mehr erfüllt sein, (mit Ausnahme von 5.). Liegt eine Symptombefreiheit von 12 Monaten oder länger vor (mit Ausnahme von 5.), nachdem die Kriterien der Störung durch Alkoholkonsum erfüllt waren, befindet sich die Störung in „anhaltender Remission“.

*15. *Leben Sie aktuell in einer Einrichtung, in welcher der Konsum von Alkohol verboten ist (z. B. stationäre Behandlung, therapeutische Umgebung)?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Die Zusatzcodierung „in geschützter Umgebung“ wird dann vergeben, wenn der Alkoholkonsum aufgrund eines restriktiven Zugangs durch die Umgebung unterbunden wird.

16. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt haben?*

Beginn (Lebensalter): _____

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

17.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

18. *Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum gekommen ist?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Nikotinscreening

1.1 *Rauchen Sie (oder verwenden Sie E-Zigaretten) zum derzeitigen Zeitpunkt oder nehmen Sie Schnupf- oder Kautabak zu sich?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN** bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

1.2 *Was rauchen/konsumieren Sie (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?*

Beschreiben: _____

1.3 *Wie viel rauchen/konsumieren Sie durchschnittlich täglich?*

Anzahl: _____

1.4 *Wie stark ist der Tabak/die Substanz, den/die Sie rauchen/konsumieren (z. B. g/Teer oder mg/Nikotin, Marke)?*

Beschreiben: _____

2.1 *Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen täglich geraucht (oder E-Zigaretten verwendet) oder Schnupf- oder Kautabak zu sich genommen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN** bei 1.1 und 2.1: weiter zu den »Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen« (S.171).

2.2 *Wie viel haben Sie während dieser Zeit durchschnittlich täglich geraucht/konsumiert?*

Anzahl: _____

2.3 *Wie stark war der Tabak/die Substanz, den/die Sie während dieser Zeit geraucht/konsumiert haben (z. B. g/Teer oder mg/Nikotin, Marke)?*

Beschreiben: _____

3. *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal geraucht bzw. Schnupf- oder Kautabak konsumiert hatten?*

Beginn (Lebensalter): _____

- 4.1 *Haben Sie anhaltend oder erfolglos versucht, ihren Nikotinkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ **NEIN** _____

Falls **JA**:

- 4.2 *Wie oft haben Sie schon versucht, weniger zu rauchen bzw. weniger Schnupf- oder Kautabak zu konsumieren oder ganz damit aufzuhören?*

Häufigkeit: _____

Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen

1.1 Nehmen Sie zurzeit Medikamente in großen Mengen oder häufiger bzw. höher dosiert ein, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen (z. B. Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika)?

JA _____ NEIN _____

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 1.3.

1.2 Haben Sie jemals Medikamente in großen Mengen oder häufiger bzw. höher dosiert eingenommen, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen (z. B. Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika)?

JA _____ NEIN _____

► Falls NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

1.3 Um welche Medikamente handelt es sich?

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

1.4 Haben Sie diese Medikamente auf eigene Verantwortung zu sich genommen oder in dieser Dosierung von ihrem Arzt verschrieben bekommen?

auf eigene Verantwortung

vom Arzt verschrieben

2. Stellen Sie fest, ob folgende Substanzen jemals konsumiert wurden. Fragen Sie dabei nach der Häufigkeit des Konsums, nach der durchschnittlichen Menge/Dosierung und spezifizieren Sie die Art der Substanz?

Haben Sie jemals _____ konsumiert?

Wie häufig und in welcher Dosierung konsumieren Sie _____ durchschnittlich?

Was genau konsumieren Sie?

Beschreiben: _____

Beurteilen Sie die Häufigkeit des Konsums anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Art		Häufigkeit	Dosis
-----	--	------------	-------

- | | | | |
|-----|---|-------|-------|
| 2.1 | <i>Marihuana, Cannabis, Haschisch</i> | _____ | _____ |
| 2.2 | <i>Kokain (Freebase, Crack, andere)</i> | _____ | _____ |
| 2.3 | <i>Opiate (Heroin, Morphin, Kodein, Methadon, Andere: _____)</i> | _____ | _____ |
| 2.4 | <i>Halluzinogene (LSD, Meskalin, Pilze, Phencyclidin (PCP), Ketamin, andere: _____)</i> | _____ | _____ |
| 2.5 | <i>Amphetamine (Speed, Appetitzügler, MDMA/Ecstasy, Crystal Meth, andere: _____)</i> | _____ | _____ |
| 2.6 | <i>Schnüffelstoffe (Kleber, Verdünner, Benzin, Aceton, Äther, Reinigungsmittel, Lachgas, andere: _____)</i> | _____ | _____ |
| 2.7 | <i>Andere: _____</i> | _____ | _____ |

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2, und keine Substanz (2.1–2.7) konsumiert wurde: weiter mit »Störung durch Glücksspielen« (S. 179).

Hinweis: Falls verschiedene Medikamente/Substanzen eingenommen wurden, klären Sie mit der folgenden Frage ab, welche Substanz im vergangenen Jahr die größten Auswirkungen (z. B. körperlich, psychisch, beruflich, sozial) nach sich gezogen hat.

3. *Welche Substanz bzw. welches Medikament hatte im vergangenen Jahr die größten Auswirkungen (z. B. körperlich, psychisch, beruflich, sozial) auf Ihr Leben?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Beziehen Sie alle folgenden Fragen auf die in Frage 3 genannte Substanz bzw. Medikament.

Geschichte:

4.1 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal _____ zu sich genommen haben?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie genauere Informationen zu erhalten, indem Sie z. B. den Zeitpunkt mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

4.2 *Gab es, seitdem Sie zum ersten Mal _____ zu sich genommen haben, eine Zeit, in der Sie diese Substanz bzw. dieses Medikament über mindestens einen Monat hinweg nicht regelmäßig zu sich genommen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsument

*1.1 *Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente oder Drogen zu sich genommen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.3

1.2 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in den letzten 12 Monaten zu sich genommen?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.

*1.3 *Gab es jemals in Ihrem Leben eine Zeit, in der Sie regelmäßig über einen Zeitraum von 12 Monaten Medikamente oder Drogen genommen haben?*

JA _____ NEIN _____

1.4 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in dieser Zeit zu sich genommen?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

► Falls **NEIN** bei 1.1 und 1.3: weiter zum »Störung durch Glücksspielen« (S. 179).

Ich möchte Ihnen im Folgenden nun einige Fragen zu Ihrem Medikamenten- und Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten stellen.

*2.1 *Nahmen Sie die beschriebenen Medikamente/Drogen häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA** bei 2.1: weiter zu Frage 3.1.

***2.2** Haben Sie jemals die beschriebenen Medikamente/Drogen häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt genommen?

JA _____ NEIN _____

***3.1** Haben Sie anhaltend den Wunsch verspürt oder erfolglos versucht, Ihren Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

3.2 Wie oft haben Sie schon versucht, weniger _____ zu sich zu nehmen oder ganz damit aufzuhören?

Häufigkeit: _____

***4.** Haben Sie viel Zeit damit verbracht die beschriebenen Substanzen/Medikamente zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von dessen Wirkung zu erholen?

JA _____ NEIN _____

***5.** Verspürten Sie ein starkes Bedürfnis oder einen Drang, _____ zu sich zu nehmen?

JA _____ NEIN _____

***6.** Haben Sie wiederholt durch den Konsum bzw. die Einnahme der Substanzen/Medikamente Schwierigkeiten bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause bekommen (z. B. wiederholtes Fernbleiben und schlechte Leistungen bei der Arbeit, Schulschwänzen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung der Kinder respektive des Haushalts)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.** Haben Sie, obwohl Sie wiederholt Auseinandersetzungen mit Partner, Kindern oder Freunden darüber hatten, wann und wie oft Sie _____ einnehmen, Ihren Konsum fortgesetzt (z. B. Streit mit Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen)?

JA _____ NEIN _____

- *8. *Haben Sie aufgrund des Konsums wichtige Aufgaben vernachlässigt, eingeschränkt oder aufgegeben, wie z. B. Arbeit, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *9. *Nahmen Sie wiederholt in Situationen _____ zu sich, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Auto- oder Bootfahren, Fahrradfahren, Bedienen von Maschinen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *10. *Haben Sie fortgesetzt _____ konsumiert, obwohl Sie wussten, dass Sie ein medizinisches oder psychisches Problem haben, welches mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Medikamenten-/Substanzkonsum verursacht oder verstärkt wird?*

JA _____ NEIN _____

- *11.1 *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie eine höhere Medikamenten-/Substanzdosis zu sich nehmen mussten als früher, um einen Rausch zu bekommen oder den gewünschten Effekt zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

- *11.2 *Stellten Sie schon einmal fest, dass die gleiche Dosierung im Vergleich zu früher zu deutlich geringeren Effekten führte?*

JA _____ NEIN _____

- *12. *Haben Sie _____ oder eine andere Substanz eingenommen, um unangenehme Beschwerden (Entzugssymptome) nach Absetzen dieser Substanz/Medikament zu verringern oder zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Bestimme. ob: Liegen 2–3 Symptome (Fragen 2.1–12.) vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–5 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 6 oder mehr Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

Hinweis: Die Diagnosen eines Cannabis-, Amphetamin-, Kokain-, Opiat-, Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikaentzugs können aufgrund der Informationen aus dem DIPS nicht gestellt werden. Weitere Hinweise dazu können dem DSM-5 (ab S. 700) entnommen werden.

- *13. *Wie stark werden Sie durch den Konsum in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in soziale Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu betrachten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- *14. *Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten nur noch unter einem starken Bedürfnis oder Drang _____ zu konsumieren und sonst unter keinem der anderen Symptome mehr?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Für eine Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum „mit früher Remission“, dürfen die Kriterien einer Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum nach einer 3 Monats-Phase nicht mehr erfüllt sein, (mit Ausnahme von 5.). Liegt eine Symptommfreiheit von 12 Monaten oder länger vor (mit Ausnahme von 5.), nachdem die Kriterien der Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum erfüllt waren, befindet sich die Störung in „anhaltender Remission“.

- *15. *Leben Sie oder befinden Sie sich aktuell in einer Einrichtung, in welcher der Konsum von _____ verboten ist (z. B. stationäre Behandlung, therapeutische Umgebung)?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Die Zusatzcodierung „in geschützter Umgebung“ wird dann vergeben, wenn der Substanzkonsum aufgrund eines restriktiven Zugangs durch die Umgebung unterbunden wird.

16. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben ge-*

sprochen haben, eingestellt hatten?

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

17.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

18. Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten/Drogen gekommen ist?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Störung durch Glücksspielen

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Glücksspielen (z. B. Automaten, Rubbellose, Kartenspiele, Kasino, Sportwetten oder Glücksspielangebote im Internet, wie beispielsweise Onlinepoker oder Online-Sportwetten) stellen.

***1.1 Spielen Sie regelmäßig um Geld?**

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.5.

1.2 Was spielen Sie (z. B. Automaten, Sportwetten, Kasino, Glücksspielangebote im Internet)?

Beschreiben (Art): _____

1.3 An welchen Orten spielen Sie meistens (z. B. Gaststätten, Spielhallen, Kasino, zu Hause am Computer)?

Beschreiben: _____

1.4 Wie häufig spielen Sie?

Beschreiben (Häufigkeit): _____

***1.5 Haben Sie jemals regelmäßig um Geld gespielt?**

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.5: weiter mit »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung« (S. 185).

***1.6 Wann war das?**

Beschreiben: _____

1.7 Was haben Sie in diesem Zeitraum gespielt (z. B. Automaten, Sportwetten, Kasino, Glücksspielangebote im Internet)?

Beschreiben (Art): _____

1.8 *Wie häufig haben Sie in diesem Zeitraum gespielt?***Beschreiben (Häufigkeit):** _____

- *2.** *Machen Sie sich wiederholt Gedanken zu Glücksspielen (z. B. Nachdenken über die letzte Spielsituation, Planen der nächsten Spiele, Gedanken über Geldbeschaffung)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *3.** *Spielen Sie gelegentlich mit gesteigerten Geldeinsätzen, um so die gewünschte Erregung zu erreichen?*

JA _____ NEIN _____

- *4.** *Haben Sie schon einmal versucht, Ihr Glücksspielverhalten zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

- *5.** *Fühlen Sie sich unruhig oder reizbar, während des Versuchs Ihr Glücksspielverhalten zu kontrollieren, reduzieren oder einzustellen?*

JA _____ NEIN _____

- *6.** *Haben Sie schon einmal gespielt, um besser mit belastenden Gefühlen zurechtzukommen (z. B. Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Traurigkeit)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *7.** *Haben Sie schon einmal versucht, Glücksspielverluste durch weiteres Spielen/weitere Geldeinsätze wieder auszugleichen?*

JA _____ NEIN _____

- *8.1** *Haben Sie schon einmal jemanden belogen, um das Ausmaß Ihres Spielverhaltens zu verbergen (z. B. Partner, Eltern, Arbeitskollegen)?*

JA _____ NEIN _____

*8.2 Waren aufgrund Ihres Glücksspielverhaltens schon einmal wichtige Beziehungen (z.B. Partnerschaft, Ehe, Beziehung zu Ihren Kindern), Ihr Arbeitsplatz oder eine Ausbildungs- bzw. Karrieremöglichkeit gefährdet?

JA _____ NEIN _____

*9. Verlassen Sie sich darauf, dass andere Ihnen Geld leihen, falls Sie aufgrund Ihres Glücksspielverhaltens in finanzielle Schwierigkeiten geraten würden?

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Liegen 4–5 Symptome vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 6–7 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 8–9 Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

*10. Seit wann treten diese Probleme bei Ihnen auf?

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Nach DSM-5 muss das problematische Glücksspielverhalten (mindestens 4 Symptome) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen.

*11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten unter keinem der genannten Symptome mehr?

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Eine „frühe Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien für die Störung durch Glücksspielen erfüllt waren, aber seit mindestens 3 Monaten und höchstens 12 Monaten nicht mehr bestehen. Bestehen die Symptome seit mehr als 12 Monaten nicht mehr, ist die Diagnose mit „anhaltender Remission“ zu vergeben.

*12. **Ausschluss von Substanzeffekten:**

*12.1 Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie regelmäßig um Geld spielen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

- *12.2 *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamente, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

- *13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) oder Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *14. *Wie stark werden Sie durch das Glücksspielverhalten und die beschriebenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Glücksspielverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu betrachten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Das Glücksspielverhalten sollte nicht besser durch eine manische Episode erklärt werden können.

15. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt hatten?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

16.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

16.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17. Gab es neben dieser aktuellen Episode frühere Episoden, in denen Sie durch Glücksspielverhalten beeinträchtigt wurden?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Bestimme, ob: Wurden die Kriterien der Störung durch Glücksspielen zu mehreren Zeitpunkten erfüllt und bestanden für mehrere Monate, gingen aber zwischen diesen Perioden zurück, ist die Störung durch Glücksspielen als „episodisch“ zu bestimmen. Bestehen die Symptome über mehrere Jahre hinweg, ist die Diagnose „andauernd“.

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – 185

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

***1.1** *Fällt es Ihnen oft schwer aufmerksam zu sein bzw. lassen Sie sich leicht von Dingen um Sie herum ablenken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.2** *Sind Sie oft sehr unruhig/ungeduldig, sodass Sie z. B. nicht still sitzen bleiben können, sich ständig bewegen müssen oder nicht abwarten können, bis Sie an der Reihe sind?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

***1.3** *In welchen Situationen kommt es vor, dass Sie unaufmerksam/unruhig sind (z. B. zu Hause, auf der Arbeit)?*

Beschreiben: _____

► Falls die Problematik nur in einer Situation (z. B. auf der Arbeit, zu Hause, im Freundeskreis) besteht, weiter zu Frage 1.4.

***1.4** *Gab es jemals eine Zeit, in der es Ihnen oft schwer fiel, aufmerksam zu sein bzw. Sie sich leicht von Dingen um Sie herum ablenken ließen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.5** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie oft sehr unruhig/ungeduldig waren, sodass Sie z. B. nicht still sitzen bleiben konnten, sich ständig bewegen mussten oder nicht abwarten konnten, bis Sie an der Reihe sind?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

***1.6** *In welchen Situationen kam es vor, dass Sie unaufmerksam/unruhig waren (z. B. zu Hause, auf der Arbeit)?*

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.2 oder 1.4–1.5 oder die Problematik nur in einer Situation (z. B. auf der Arbeit, zu Hause, im Freundeskreis) besteht/bestand, weiter mit »Borderline Persönlichkeitsstörung« (S. 192).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Aufmerksamkeitsdefizit oder die Hyperaktivität vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 9 überzugehen (S. 190).

***2.** *Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und Sie fragen, ob diese auf Sie zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Beurteilen Sie Häufigkeit anhand der folgenden Skala (ein kombiniertes Rating):

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

	Häufigkeit	Kommentar
--	------------	-----------

Unaufmerksamkeit (mindestens 5 Symptome)

- | | | |
|---|-------|-------|
| <p>*2.1 <i>Kommt es vor, dass Sie im Alltag (z. B. während der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten) Flüchtigkeitsfehler machen (z. B. Details in einem Text übersehen, unsauber arbeiten)?</i></p> | _____ | _____ |
| <p>*2.2 <i>Haben Sie Schwierigkeiten, sich auf eine Aufgabe länger zu konzentrieren (z. B. einen Text zu lesen, etwas zu schreiben)?</i></p> | _____ | _____ |
| <p>*2.3 <i>Kommt es vor, dass Sie anderen nicht zuhören, wenn diese mit Ihnen sprechen (Sie z. B. abwesend wirken)?</i></p> | _____ | _____ |
| <p>*2.4 <i>Kommt es vor, dass Sie Dinge nicht zu Ende bringen (z. B. Haushalt, Arbeitsaufträge)?</i></p> | _____ | _____ |
| <p>*2.5 <i>Wechseln Sie zwischen mehreren Tätigkeiten, ohne die eine Tätigkeit beendet zu haben?</i></p> | _____ | _____ |

	Häufigkeit	Kommentar
*2.6 Vermeiden Sie Tätigkeiten, bei denen Aufmerksamkeit erforderlich ist (z. B. Berichte verfassen, Formulare ausfüllen, längere Berichte lesen)?	_____	_____
*2.7 Verlieren oder verlegen Sie Gegenstände (z. B. Schlüssel, Unterlagen, Mobiltelefon, Brille)?	_____	_____
*2.8 Sind Sie leicht ablenkbar (z. B. durch Geräusche, andere Personen, spontane Gedanken)?	_____	_____
*2.9 Sind Sie vergesslich (z. B. Einkäufe, Termine, Rechnungen bezahlen)?	_____	_____
<u>Hyperaktivität und Impulsivität</u> (mindestens 5 Symptome)		
*2.10 Zappeln Sie mit Händen oder Füßen oder setzen sich häufig um (z. B. in einem Stuhl)?	_____	_____
*2.11 Haben Sie Schwierigkeiten, in Situationen ruhig sitzen zu bleiben, in denen es angebracht wäre (z. B. auf der Arbeit oder im Kino)?	_____	_____
*2.12 Laufen Sie umher oder fühlen Sie sich häufig ruhelos?	_____	_____
*2.13 Haben Sie Schwierigkeiten ruhigen Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen nachzugehen (z. B. Lesen, Puzzeln)?	_____	_____
*2.14 Verspüren Sie einen Drang sich zu bewegen, obwohl es nicht angebracht ist (z. B. in einer Besprechung oder im Restaurant)?	_____	_____
*2.15 Verspüren Sie einen Rededrang oder reden Sie häufig sehr viel?	_____	_____
*2.16 Kommt es vor, dass Sie bereits antworten, bevor eine Frage vollständig gestellt wurde?	_____	_____
*2.17 Unterbrechen Sie andere Personen im Gespräch oder bei der Durchführung von Aufgaben?	_____	_____
*2.18 Haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind (z. B. in Warteschlangen)?	_____	_____

- Falls eindeutig weniger als 5 Symptome entweder im Bereich Unaufmerksamkeit (2.1–2.9) oder im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität (2.10–2.18) erfüllt sind: weiter mit »Borderline Persönlichkeitsstörung« (S. 192).

Bestimme, ob: Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »gemischtem Erscheinungsbild« liegt vor, wenn mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) sowie mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) berichtet werden.

Werden mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) aber weniger als 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) berichtet, liegt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild« vor.

Werden mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) aber weniger als 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) berichtet, liegt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild« vor.

Bestimme, ob: Treten keine oder nur wenige zusätzliche Symptome auf, als für die Erfüllung der Störung erforderlich sind und es liegt nur eine geringfügige Beeinträchtigung im Alltag vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung.

Eine „mittelgradige“ Störung liegt vor, wenn die Anzahl der berichteten Symptome sowie die alltägliche Belastung zwischen „leicht“ und „schwer“ liegen.

Eine „schwere“ Störung liegt vor, wenn die Anzahl der berichteten Symptome deutlich über den für die Diagnose notwendigen Symptomen liegt sowie eine starke alltägliche Belastung vorliegt.

***3.1** *Seit wann haben Sie die beschriebenen Schwierigkeiten?*

Beginn (Lebensalter): _____

- Falls kein konkretes Alter angegeben werden kann, Frage 3.2 stellen:

***3.2** *Hatten Sie bereits diese Schwierigkeiten, bevor Sie 12 Jahre alt waren?*

JA _____ NEIN _____

***4. Abklärung der Dauer**

Beträgt die Dauer der Störung mindestens 6 Monate?

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Eine Teilremittierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung liegt vor, wenn die Kriterien früher vollständig erfüllt wurden, aber in den letzten 6 Monaten nicht mehr vollständig erfüllt werden. Eine Beeinträchtigung des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus muss aktuell allerdings vorliegen.

***5.** *Haben Sie seit Sie sich so fühlen, eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht? Ich meine damit z. B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten; Hören von Stimmen oder Sehen von Erscheinungen, wenn niemand in Ihrer Nähe war; Gefühle, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

6.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

6.2 *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***7.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

***7.2** *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamente, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ **NEIN** _____

***8.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

***9.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt?*

Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

10.1 *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich sehr aufmerksam oder unruhig/ungeduldig fühlten?*

JA _____ **NEIN** _____

10.2 *Gab es auch Zeiten, zu denen die besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?*

JA _____ **NEIN** _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Borderline Persönlichkeitsstörung

Borderline Persönlichkeitsstörung – 192

Borderline Persönlichkeitsstörung

***1.1** *Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.2** *Zeigen Sie häufig impulsives Verhalten (wie z. B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzendes Handeln, Essanfälle usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.3 *Erleben Sie häufig plötzlich auftretende Episoden von äußerst unangenehmer, innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Screening Sexuelle Funktionsstörungen« (S. 198/199).

Im Folgenden werde ich Ihnen verschiedene Fragen zu Ihren Beziehungen, Ihrem Selbstbild und Ihren Gefühlen stellen.

Hinweis: Für die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 5 der folgenden 9 Kriterien erfüllt sein und in verschiedenen Lebensbereichen auftreten.

***2.1** *Verspüren Sie eine intensive Angst davor, verlassen zu werden, z. B. auch, wenn im dem Moment nichts dafür spricht, dass Sie wirklich verlassen werden könnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***2.2** *Angenommen eine Trennung steht bevor oder Sie vermuten, dass Sie verlassen werden könnten, wie verhalten Sie sich dann?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 1 (Fragen 2.1 und 2.2) erfüllt, wenn enorme Anstrengungen unternommen werden, um reale oder eingebildete Situationen des Verlassenwerdens zu vermeiden. Es werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen bewertet, die bei Frage 5 berücksichtigt werden.

***3.1** *Wie würden Sie Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen beschreiben?*

Beschreiben: _____

***3.2** *Tendieren Sie dazu, Trennungen zu verhindern, obwohl eine Beziehung sehr instabil und oft sehr problematisch ist?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.3** *Haben Sie Schwierigkeiten mit engen, vertrauten Beziehungen, obwohl Sie sich oft danach sehnen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 2 (Fragen 3.1–3.3) erfüllt, wenn ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegt, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

***4.1** *Wie würden Sie sich selbst beschreiben?* _____

***4.2** *Haben Sie häufig das Gefühl, nicht zu wissen, wer Sie wirklich sind?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.3** *Haben Sie das Gefühl, deutlich anders zu sein, als alle anderen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 3 (Fragen 4.1 – 4.3) erfüllt, wenn Identitätsstörung, die sich durch ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung auszeichnet, vorliegt.

***5.** *Zeigen Sie häufig ein Verhalten, welches für Sie schädlich sein könnte (z. B. unverantwortliches Verhalten, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Substanzabhängigkeit, rücksichtsloses Fahrverhalten, Essattacken)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 4 (Frage 5) erfüllt, wenn Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen vorliegt. Es werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen bewertet, die bei Frage 5 berücksichtigt werden.

***6.1** *Haben Sie wiederholt angedeutet oder angedroht, sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

***6.2** *Haben Sie wiederholt versucht, sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

***6.3** *Haben Sie sich wiederholt selbst verletzt?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Kriterium 5 (Fragen 6.1–6.3) erfüllt, wenn wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten vorliegen.

***7.1** *Verspüren Sie starke Stimmungsschwankungen oder fühlen Sie sich während stressiger Zeiten niedergeschlagen, irritiert oder geraten Sie leicht in Panik?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.2** *Für wie lange verspüren Sie normalerweise diese Verstimmungen?*

Beschreiben: _____

***7.3** *Halten diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage an?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Kriterium 6 (Fragen 7.1–7.3) erfüllt, wenn eine affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Stimmungsreaktion vorliegt (z. B. intensive dysphorische Episode, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

***8.** *Fühlen Sie sich durch chronische Gefühle von Leeresein beunruhigt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.** *Kommt es vor, dass Sie unangemessen heftig wütend sind oder dass Sie Schwierigkeiten haben, Ihre Wut zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.1** *Kommt es vor, dass Sie andere verdächtigen oder tendieren Sie dazu, unter Stress Motive von anderen als böswillig zu interpretieren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.2** *Geschieht es manchmal, insbesondere unter Stress, dass Sie das Gefühl für Raum, Zeit oder Ihren Körper verlieren und dass Sie ein tief greifendes Gefühl der Unwirklichkeit überkommt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.3** *Hören Sie manchmal Stimmen oder laute Gedanken in ihrem Kopf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 9 (Fragen 10.1–10.3) erfüllt, wenn vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome vorliegen.

***11.** *Wie alt waren Sie, als sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt hatten?*

Beginn (Lebensalter): _____

Bitte ankreuzen:

<18

18–25

>25

12. *Wie stark werden Sie durch diese gerade besprochenen Ängste/Gefühle in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Sexuelle Funktionsstörungen

Screening für Männer – 198

Screening für Frauen – 199

Screening für Männer

1. *Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität erlebt haben?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1: weiter zu »Psychoscreening« (S. 202).

Haben Sie dabei eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen gemacht?

- 2.1 *Einen anhaltenden oder wiederkehrenden Verlust von sexuellen Phantasien und des Verlangens nach Sexualität?*

JA _____ NEIN _____

- 2.2 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine zufriedenstellende Erektion (Steifwerden des Penis) zu erlangen oder diese bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?*

JA _____ NEIN _____

- 2.3 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer sexuellen Erregungsphase?*

JA _____ NEIN _____

- 2.4 *Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Auftreten eines Samenergusses bei minimaler sexueller Stimulation vor, bei oder kurz nach dem Eindringen, und bevor Sie es wünschten?*

JA _____ NEIN _____

- 2.5 *Anhaltende oder wiederkehrende genitale Schmerzen in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 2.1–2.6: weiter zu »Psychoscreening« (S. 202). Ansonsten weiter zu Fragen 3.–5. (S. 199).

Screening für Frauen

1. *Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität erlebt haben?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1: weiter zu »Psychoscreening« (S. 202).

Haben Sie dabei eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen gemacht?

- 2.1 *Einen anhaltenden oder wiederkehrenden Verlust des sexuellen Interesses?*

JA _____ NEIN _____

- 2.2 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, genitale oder nichtgenitale Erregung zu erlangen oder diese bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?*

JA _____ NEIN _____

- 2.3 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus bzw. eine deutliche Verminderung des Orgasmuserlebens nach einer sexuellen Erregungsphase?*

JA _____ NEIN _____

- 2.4 *Anhaltende oder wiederkehrende genitale Schmerzen oder Beckenschmerzen oder Schwierigkeiten in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr?*

JA _____ NEIN _____

- 2.5 *Anhaltende oder wiederkehrende Verkrampfungen der Vaginalmuskulatur?*

JA _____ NEIN _____

3. *Seit wann treten diese Schwierigkeiten auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

4. *War das schon immer so oder erst ab einem gewissen Zeitpunkt/nach einer bestimmten Erfahrung?*

Beschreiben: _____

5. *Verursachen die erwähnten sexuellen Probleme ein deutliches Leiden?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Zur Abklärung einer sexuellen Funktionsstörung können die Störungskriterien dem DSM-5 (ab S. 577) entnommen werden.

Psychoscreening

Psychoscreening – 202

Psychoscreening

Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht haben, wie zum Beispiel:

1.1 *Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben?*

JA _____ NEIN _____

1.2 *Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in Ihrer Nähe gewesen ist?*

JA _____ NEIN _____

1.3 *Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen, um gegen Sie anzugehen oder Ihnen zu schaden, sodass Sie das Gefühl hatten, ständig aufpassen zu müssen?*

JA _____ NEIN _____

1.4 *Hatten Menschen schon einmal Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der Sie sprachen, keinen Sinn machte?*

JA _____ NEIN _____

1.5 *Wann geschah dies?*

(Mt./J.) _____

Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf

Störung durch Spielen von Internetspielen – 204

Suizidale Verhaltensstörung – 209

Störung durch Spielen von Internetspielen (allgemein bekannt als Computerspielsucht)

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Internetspielen (z. B. Online-Rollenspiele, Spiele Apps, Ego-Shooter) stellen.

*1.1 Spielen Sie regelmäßig Computerspiele im Internet?

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.6.

1.2 Spielen Sie eher alleine oder vorwiegend mit bzw. gegen andere?

Alleine _____ Mit/Gegen andere _____

1.3 Spielen Sie eher offline oder online?

Offline _____ Online _____

1.4 Auf welcher Plattform spielen Sie überwiegend (z. B. Konsole, Handy, PC)?

Beschreiben (Art): _____

1.5 Wie häufig spielen Sie?

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

Durchschnittliche Stunden pro Tag: _____

*1.6 Haben Sie jedemals regelmäßig Computerspiele im Internet gespielt?

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.6: weiter zu »Suizidale Verhaltensstörung« (S. 209).

*1.7 Wann war das?

Beschreiben: _____

1.8 *Auf welcher Plattform haben Sie in diesem Zeitraum gespielt (z. B. Konsole, Handy, PC)?*

Beschreiben (Art): _____

1.9 *Wie häufig haben Sie in diesem Zeitraum gespielt?*

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

Durchschnittliche Stunden pro Tag: _____

*2. *Fühlen Sie sich wiederholt von Gedanken an Internetspiele (z. B. das Nachdenken über die letzte Spielsituation, Planen der nächsten Spiele, Gedanken über Avatare oder Leveln) beeinflusst?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*3. *Fühlen Sie sich unruhig, reizbar, ängstlich oder traurig, wenn Ihnen der Zugang zu Internetspielen verwehrt wird/nicht möglich ist)?*

JA _____ NEIN _____

*4. *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie zunehmend mehr Stunden mit Internetspielen verbringen mussten, um dieselbe Wirkung zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

*5. *Haben Sie schon einmal vergeblich versucht, Ihr Internetspielverhalten zu reduzieren zu kontrollieren oder ganz damit aufzuhören?*

JA _____ NEIN _____

*6. *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie durch Internetspiele das Interesse an anderen Hobbies oder Unterhaltungsmöglichkeiten (z. B. Lesen, Filme schauen, Unterhaltungen führen) verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

*7. *Spielen Sie weiterhin exzessiv Internetspiele, obwohl Sie wissen, dass das zu Problemen bezogen auf Ihr Befinden oder Ihre sozialen Kontakte führt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*8. *Haben Sie schon einmal jemanden belogen, um das Ausmaß Ihres Internetpielverhaltens zu verbergen (z. B. Partner, Eltern, Arbeitskollegen, Therapeuten)?*

JA _____ NEIN _____

*9. *Haben Sie schon einmal Internetspiele gespielt, um vor negativen Gefühlen zu entfliehen oder diese zu mildern (z. B. Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Traurigkeit)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*10. *Haben Sie aufgrund Ihres Internetpielverhaltens schon einmal wichtige Beziehungen (z. B. Partnerschaft, Ehe, Beziehung zu Ihren Kindern), Ihren Arbeitsplatz oder eine Ausbildungs- bzw. Karrieremöglichkeit gefährdet oder verloren?*

JA _____ NEIN _____

*11. *Seit wann treten diese Probleme bei Ihnen auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Nach DSM-5 muss das problematische Internetpielverhalten (mindestens 5 Symptome) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen.

Bestimme, ob: Die Schwere der Störung (leicht, mittelgradig, schwer) ist abhängig von dem Grad der Beeinträchtigung im Alltag. Eine leichte Ausprägung liegt bei Personen vor, die weniger Symptome und eine geringere Beeinträchtigung im Alltag aufweisen. Diejenigen mit einer schweren Störung verbringen mehr Stunden am Computer und haben einen massiveren Verlust von Beziehungen, der Karriere oder Ausbildungsmöglichkeiten.

*12. Ausschluss von Substanzeffekten:

*12.1 *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls **JA**:

- *12.2 *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamenten, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht haben?*

JA _____ NEIN _____

- *13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *14. *Wie stark werden Sie durch das Internetpielverhalten und die beschriebenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Computerspielverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und Belastung anhand der folgenden Skala (≥ 4 ist als klinisch relevant zu betrachten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Diese Störung umfasst nur nicht-glücksspielassoziierte Internetspiele. Weder Internetaktivitäten, die im Beruf notwendig sind, noch solche, die soziale Netzwerke betreffen, werden von dieser Störung eingeschlossen. Die Nutzung von Internetseiten mit sexuellem Inhalt fällt ebenfalls nicht in diesen Störungsbereich.

15. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt hatten?*

Hinweis: Falls kein genauer Zeitpunkt angegeben werden kann, versuchen Sie spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden.

Beginn (Lebensalter): _____

16.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

16.2 Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17. Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Spielen von Internetspielen gekommen ist?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

► Falls **JA**, sollte in Erwägung gezogen werden, eine Befragung über frühere Phasen anzuschließen. Dies sollte insbesondere dann überlegt werden, wenn diese Information zur Abklärung einer Diagnose notwendig erscheint.

Suizidale Verhaltensstörung

Im Folgenden möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, die Gedanken, Pläne oder Versuche betreffen sich das Leben zu nehmen.

1.1 *Denken Sie in der letzten Zeit daran sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Wann war das?): _____

1.2 *Denken Sie derzeit daran lieber tot sein zu wollen?*

JA _____ NEIN _____

1.3 *Haben Sie jemals daran gedacht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Wann war das?): _____

1.4 *Haben Sie jemals daran gedacht lieber tot sein zu wollen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA** bei 1.1 und/oder 1.2: weiter zu Frage 2.1.

Hinweis: Machen Sie deutlich, dass sich die folgenden Fragen auf aktuelle Gedanken beziehen.

2.1 *Wie oft treten diese Gedanken auf (pro Tag, Woche, Monat)?*

Beschreiben: _____

2.2 *Wie lange halten diese Gedanken üblicherweise an?*

Beschreiben: _____

2.3 *Haben Sie Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

2.4 *Haben Sie Vorbereitungen getroffen, Suizid zu begehen (z. B. im Internet nach Suizidmethoden gesucht, Abschiedsbrief geschrieben, persönliche Sachen verschenkt, Testament verfasst, Zahlungsmodalitäten der Lebensversicherung abgeklärt)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

2.5 *Haben Sie bereits Dinge ausprobiert (z. B. einen in Frage kommenden Ort aufgesucht, Seil bereit gelegt, Medikamentenmix zusammengestellt)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.1** *Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

***3.2** *Wann war das?*

Datum: _____

Hinweis: Für eine Suizidale Verhaltensstörung muss nach DSM-5 mindestens 1 Suizidversuch in den vergangenen 24 Monaten stattgefunden haben.

Bestimme, ob: Liegt der letzte Suizidversuch nicht mehr als 12 Monate zurück, ist die Zusatzcodierung „aktuell“ zu vergeben. Liegt der letzte Suizidversuch mehr als 12 Monate, aber nicht mehr als 24 Monate zurück, ist die Zusatzcodierung „in früher Remission“ zu vergeben.

3.3 *Auf welche Weise haben Sie versucht, sich das Leben zu nehmen?*

Beschreiben: _____

3.4 *Haben Sie Ihren Suizidversuch so arrangiert, dass es schwierig für andere war, Sie zu finden, aufzuhalten bzw. zu retten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.5** *Hatten Sie den ernsthaften Wunsch zu sterben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

3.6 *Wurden Sie anschließend ärztlich behandelt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.7** *Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt, ohne dabei zu beabsichtigen sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.8** *Gab es einen politischen oder religiösen Hintergrund, aufgrund dessen Sie sich das Leben nehmen wollten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4. *Haben Sie schon mehrfach versucht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Beurteilen Sie die Absicht sich tatsächlich zu suizidieren anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine Absicht	leichte Absicht	starke Absicht	sehr starke Absicht

Erster Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Schwerster Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Weitere Versuche

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Letzter Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

5. *Haben Sie das Gefühl zu einem Suizid fähig zu sein (unabhängig davon, ob Sie jemals darüber nachdachten sich das Leben zu nehmen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Für eine Suizidale Verhaltensstörung darf nach DSM-5 nicht im Rahmen eines Delirs oder eines Zustandes akuter Verwirrung durchgeführt worden sein. Die Kriterien des Deliriums können dem DSM-5 (S. 818) entnommen werden.

*6. Ausschluss von Substanzeffekten:

- *6.1 *Nahmen Sie irgendeine Art von Medikamente oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor Sie versucht haben, sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

Falls JA:

- *6.2 *Haben Sie den Eindruck, dass die Medikamenten, die Drogen oder der Alkohol möglicherweise der Grund für diesen Versuch sein könnten?*

JA _____ NEIN _____

*7. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor Sie versucht haben sich das Leben zu nehmen, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Anhang

Allgemeine Anamnese – 214

Vergangene Behandlungsgeschichte – 214

Familiengeschichte psychischer Störungen – 214

Medikation – 214

Zusammenfassung, Geistiger Zustand, Interviewverhalten, Notizen – 218

Psychosoziale Beurteilung – 219

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme – 219

Globale Erfassung des Funktionsniveaus – 220

Erzählende Zusammenfassung – 221

Klinische Einschätzungen und Diagnosen – 222

Allgemeine Anamnese

Vergangene Behandlungsgeschichte

Haben Sie jemals eine psychologische Behandlung oder Beurteilung für irgendwelche psychischen Probleme erhalten?

Wann? Klinik/Arzt? Grund? Behandlung (JA/NEIN)? Welche?

Wurden Sie jemals wegen Angstzuständen, Depressionen, Alkoholmissbrauch oder anderen emotionalen oder psychischen Problemen behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?

JA _____ NEIN _____

Wann? Welche Einrichtung? Problem, Behandlung (welche)?

Familiengeschichte psychischer Störungen

Wurde irgendjemand in Ihrer Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern) jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen? Oder hatte jemand solche Probleme, aber suchte keine Hilfe auf?

JA _____ NEIN _____

Wer? Wann? Beschreibung des Problems? Behandlung (welche)?

Medikation

Stellen Sie den gegenwärtigen und vergangenen Gebrauch fest.

Gegenwärtiger Gebrauch

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Medikamente gegen Angst, Depression oder andere psychische Probleme (inkl. Schlafmedikamente)?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Art, Dosis Von wem verabreicht? Seit wann eingenommen? Wofür?

Früherer Gebrauch

Haben Sie jemals Medikamente gegen Angst, Depression oder andere psychische Probleme (inkl. Schlafmedikamente) eingenommen?

Falls JA:

Art, Dosis Von wem verabreicht? Seit wann eingenommen? Wofür?

Haben Sie Probleme mit Medikamenten erlebt, wie zum Beispiel Nebenwirkungen oder Entzugerscheinungen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Körperliche Krankheiten

1. *Haben Sie einen Hausarzt/Arzt, von dem Sie Ihre medizinische Versorgung erhalten?*

JA _____ NEIN _____

Name des Arztes/Klinik: _____

2. *Werden Sie derzeit wegen einer körperlichen Krankheit behandelt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

3. *Wann war Ihre letzte körperliche/medizinische Untersuchung?* _____

– *Was waren die Ergebnisse dieser Untersuchung?* _____

– *Waren Sie jemals wegen eines körperlichen Problems hospitalisiert?*

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Für was?Komplikationen?

Hatten Sie jemals eine Operation oder wurde Ihnen jemals empfohlen, eine Operation durchführen zu lassen?

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Für was?Komplikationen?

Hatten Sie jemals eine Gehirnerschütterung oder eine Kopfverletzung?

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Behandlung?

Komplikationen?

Wurden Sie jemals mit einer der folgenden Krankheiten diagnostiziert?

	JA	NEIN	Datum	Beschreibung
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Herzprobleme	_____	_____	_____	_____
Hoher/Tiefer Blutdruck	_____	_____	_____	_____
Epilepsie	_____	_____	_____	_____
Krebs	_____	_____	_____	_____
Schilddrüsenprobleme	_____	_____	_____	_____
Andere hormonelle Probleme	_____	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____	_____
Andere respiratorische Probl.	_____	_____	_____	_____
Migräne	_____	_____	_____	_____
Hirnschlag	_____	_____	_____	_____
Magen-Darm-Probleme	_____	_____	_____	_____
Blutkrankheiten	_____	_____	_____	_____
HIV/AIDS	_____	_____	_____	_____
Andere Krankheiten	_____	_____	_____	_____

Tritt eine dieser Krankheiten (z. B. Herzprobleme, Krebs usw.) in Ihrer Familie (z. B. Vater, Mutter, Geschwister) auf?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Haben Sie Allergien (z. B. Heuschnupfen, Medikamente usw.)?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen der folgenden Tests? Wenn ja, ergaben diese Tests etwas Ungewöhnliches?

	JA	NEIN	Datum	Resultat
Elektrokardiogramm, EKG	_____	_____	_____	_____
Elektroenzephalogramm, EEG	_____	_____	_____	_____
CT, MRT	_____	_____	_____	_____
Röntgen	_____	_____	_____	_____
Bluttest	_____	_____	_____	_____
Urintest	_____	_____	_____	_____

Bei Frauen

Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Mt./J.) _____

Gibt es Grund zur Annahme, dass Sie schwanger sind?

JA _____ NEIN _____

Hatten Sie jemals gynäkologische Probleme, Fehlgeburten?

JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Zusammenfassung

Wenn ich Sie bitten würde, ein Problem zu benennen, das Ihrer Meinung nach das Hauptproblem ist, weshalb Sie heute hier sind, was würden Sie mir nennen?

Was sind die Hauptveränderungen, die Sie machen möchten?

Gibt es irgendetwas, was ich nicht gefragt habe, was aber noch wichtig wäre, hier zu nennen?

Geistiger Zustand

Interviewverhalten

Psychosoziale Beurteilung

Klinische Störungen
Andere klinisch relevante Probleme
Persönlichkeitsstörungen
Geistige Behinderung
Medizinische Krankheitsfaktoren
Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

- Probleme im familiären Umfeld (z. B. Tod eines Familienmitglieds, gesundheitliche Probleme in der Familie, Scheidung, Trennung, Auszug von zu Hause, Wiederverheiratung eines Elternteils, sexueller oder körperlicher Missbrauch, Vernachlässigung des Kindes, Geburt eines Geschwisters)
- Probleme im sozialen Umfeld (z. B. Tod oder Verlust eines Freundes, mangelnde soziale Unterstützung, Alleinleben, Diskriminierung)
- Ausbildungsprobleme (z. B. Lernprobleme, Schwierigkeiten mit Lehrern oder Mitschülern, mangelhaftes schulisches Umfeld)
- Berufliche Probleme (z. B. Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsbedingungen, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Arbeitsplatzwechsel, Streit mit Vorgesetzten oder Kollegen)
- Wohnungsprobleme (z. B. Obdachlosigkeit, mangelhafte Wohnsituation, unsichere Wohngegend, Streit mit Vermieter oder Nachbarn)
- Wirtschaftliche Probleme (z. B. extreme Armut, mangelhafte finanzielle Situation)
- Probleme beim Zugang zu Einrichtungen der Krankenversorgung (z. B. ungenügende Krankenversorgung, ungenügende Krankenversicherung)
- Probleme beim Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz (z. B. Festnahme, Inhaftierung, Rechtsstreit)
- Andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme (z. B. Erleiden von Katastrophen, Krieg oder anderen Feindseligkeiten)

Die relevanten psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme sollten erkannt werden. Auf dem Erhebungsbogen »Klinische Einschätzungen und Diagnosen« kann der Interviewer die einzelnen Probleme auflisten.

Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Beurteilen Sie das Ausmaß der psychischen, sozialen und beruflichen Anpassung bzw. des Wohlbefindens auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit – Krankheit. Lassen Sie dabei Beeinträchtigungen außer Acht, die durch körperliche oder Umweltbeschränkungen verursacht sind. Obwohl nur für Zehnerstufen Verankerungen definiert sind, können Sie zur Beurteilung jede Zahl zwischen 1 und 100 wählen. Schätzen Sie bitte den gegenwärtigen Zustand und den des letzten Jahres der Patientin bzw. des Patienten ein.

- 100-91 Keine Symptome; sehr gute Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten
- 90-81 Abwesende oder minimale Symptomatik (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Anpassung in allen Bereichen, interessiert und beteiligt an einer großen Breite von Aktivitäten, sozial effizient, allgemein zufrieden mit dem Leben, nicht mehr als alltägliche Probleme oder Sorgen (z. B. gelegentlicher Streit mit Familienmitgliedern).
- 80-71 Falls Symptome vorhanden sind, stellen sie vorübergehende und zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Stressoren dar (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach Familienstreit); nicht mehr als geringfügige Beeinträchtigung in sozialer, beruflicher oder schulischen Anpassung (z. B. zeitweise Hinterherhinken bei Schularbeiten).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung und leichte Schlaflosigkeit) oder gelegentliche Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung, im Allgemeinen gute Leistungsfähigkeit, hat einige bedeutsame zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßige Symptomatik (z. B. flacher Affekt und umständliche Sprache, gelegentliche Angstanfälle) oder mäßige Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Kollegen).
- 50-41 Ernsthafte Probleme (z. B. Suizidgedanken, schwere Angstanfälle oder Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder eine schwere Beeinträchtigung bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. keine Freunde, kann keinen Arbeitsplatz behalten).
- 40-31 Ziemliche Beeinträchtigung bei Realitätskontakt oder Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, obskur oder irrelevant) oder schwere Beeinträchtigung in mehreren Bereichen wie Arbeit oder Schule, Familienbeziehungen, Urteilsfähigkeit, Denken oder Stimmung (z. B. depressive/ängstliche Person vermeidet Freunde, vernachlässigt Familie und ist arbeitsunfähig; Kind schlägt häufig kleinere Kinder zusammen, ist trotzig zu Hause und versagt in der Schule).
- 30-21 Verhalten ist beträchtlich beeinflusst von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen oder ernsthafte Beeinträchtigung von Kommunikation oder Urteilsfähigkeit (z. B. manchmal inkohärent, grob unangemessenes Verhalten, völlig in Anspruch genommen von Suizidgedanken) oder unfähig zur Anpassung in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, keine Arbeit, kein Zuhause, keine Freunde).
- 20-11 Ziemliche Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen (z. B. Suizidversuche ohne deutliche Todeserwartung, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder hält gelegentlich minimale persönliche Hygiene nicht mehr aufrecht (z. B. verschmiert Exkrememente) oder grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (z. B. weitgehend inkohärent oder mutistisch).
- 10-1 Anhaltende Gefahr, sich selbst oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewalttätigkeit) oder anhaltende Unfähigkeit, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte suizidale Tat mit deutlicher Todeserwartung.
- 0 Unzureichende Informationen

Gegenwärtiges Anpassungsniveau/Wohlbefinden (0–100): _____

Letztes Jahr (0–100): _____

Klinische Einschätzungen und Diagnosen

In einigen Fällen können auch zwei Primärdiagnosen gegeben werden. Dies hängt allein von der klinischen Einschätzung des Interviewers ab. Geben Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala 0-8 an:

		leicht			mäßig		ausgeprägt		schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
		leicht		deutlich		stark		sehr stark	
		störend/		störend/		störend/		störend/	
		behin-		behin-		behin-		behin-	
		dernd		dernd		dernd		dernd	
SUBKLINISCHER BEREICH					KLINISCHER BEREICH				

DSM-5-Diagnosen

Beurteilen Sie außer Diagnose und Schweregrad auch die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100.

Primäre Diagnose	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zusätzliche Diagnosen	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medizinische Krankheitsfaktoren	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (akut/anhaltend):

Globale Beurteilung des Funktionsniveaus:

Derzeit: _____ Im letzten Jahr: _____

Falls die Einschätzung für die Sicherheit der Diagnose unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Frühere Diagnosen

Beurteilen Sie außer Diagnose, Schweregrad, Beginn und Remission auch die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100.

Diagnose	Schweregrad	Beginn	Remission	Sicherheit
----------	-------------	--------	-----------	------------

Zeit: Interviewbeginn _____ Interviewende _____

Falls die Einschätzung für die Sicherheit der Diagnose unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Protokollbogen zum DIPS Open Access

Datum: _____

Interviewer/in: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Anzahl Haushaltsmitglieder: _____

Ausbildung: _____

Patient/in: _____

Partner/in: _____

Berufliche Entwicklung Patient/in:

Derzeit/Datum: _____

Davor/Datum: _____

Berufliche Entwicklung Partner/in:

Derzeit/Datum: _____

Davor/Datum: _____

Religion: _____

Kinder:

Alter	Geschlecht	Zu Hause	Wann Auszug?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Familienstand:

_____	Verheiratet	Datum: _____
_____	Ledig	Datum: _____
_____	Feste Partnerschaft	Datum: _____
_____	Getrennt	Datum: _____
_____	Geschieden	Datum: _____
_____	Verwitwet	Datum: _____
_____	Sonstiges	Datum: _____

Frühere Ehen JA ____ NEIN ____ Daten: _____

Probleme:

Überblick: _____

 Familie/Freunde: _____

 Arbeit/Schule: _____

 Finanzielle
 Angelegenheiten: _____
 Juristische
 Angelegenheiten: _____
 Gesundheit: _____

 Andere Bereiche: _____

Störung mit Trennungsangst (F93.0):

*1.1 Trennungsangst? JA ___ NEIN ___
 1.2 Personen: _____
 *1.3 Trennungsangst früher? JA ___ NEIN ___
 1.4 Personen früher: _____
 1.5 letzte Phase: _____
 *2 Symptomeinschätzung (0-3): Angst Vermeidung
 *2.1 Trennung von zu
 Hause/Bezugsperson _____
 *2.2 Bezugsperson verlieren _____
 *2.3 unerwünschtes Ereignis _____
 *2.4 aus dem Haus gehen _____
 *2.5 Alleine sein _____
 *2.6 schlafen _____
 *2.7 Albträume _____
 *2.8 körperliche Symptome _____
 3 Jedes Mal Angst? JA ___ NEIN ___
 *4.1 Seit wann (Mt./J.)? _____
 *4.2 Dauer mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___
 5.1 Erinn. an 1. Mal? JA ___ NEIN ___
 5.2 Lebensalter: _____
 5.3 Ort: _____
 5.4 Wie Beginn? _____
 5.5 Verhalten? _____
 6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Kriterium A:
 → unangemessene
 Angst vor und Ver-
 meidung von
 Trennungssit.
 *1.1 (aktuell)
 *1.3 (früher)
 *7. und mind. 3 von
 *2.1-2.8

Kriterium B:
 → Dauer mind. 6
 Monate
 *4.1-4.2

- *7 Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *8.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *8.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___
- *9. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *10. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
- 11. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung mit Trennungsangst:

Aktuell: o Früher: o

- A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
- C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Panikanfälle/Panikstörung (F41.0):

Panikanfälle

- *1.1 Panikanfälle? JA ___ NEIN ___
- *1.2 Panikanfälle früher? JA ___ NEIN ___
- 1.3 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___
- *2.1 Situationen: _____
- *2.2 Unerwartet? JA ___ NEIN ___
- *3 Höhepunkt? JA ___ NEIN ___

Panikstörung:

- 4. Letzter typischer Anfall Datum: _____
- *5. Symptomeinschätzung Schweregrad/
 Beunruhigung (0-3):
- *5.1 Herzklopfen _____
- *5.2 Schwitzen _____
- *5.3 Zittern/Beben _____
- *5.4 Kurzatmigkeit/Atemnot _____
- *5.5 Erstickungsgefühle _____
- *5.6 Schmerzen in Brust _____
- *5.7 Übelkeit/Magenprobleme _____
- *5.8 Schwindel _____
- *5.9 Unwirklichkeit _____
- *5.10 Kontrollverlust _____
- *5.11 Angst zu sterben _____
- *5.12 Taubheit/Kribbeln _____

Kriterium D:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
 *8.1, *8.2, *9. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*
 *10.

Kriterium A:

→ *Wiederh. Panikattacken*
 *1.1 (aktuell)
 *1.2 (früher)
 *2.1, *2.2, *3. und mind. 4 von *5.1- *5.13

Kriterium B:

→ *mind. 1 Monat kog. oder behav. Veränd.*
 *7.1, *7.2, *7.3, *8.1- *8.4, *9.

*5.13 Hitze/Kälte _____

6. Durchschn. Anzahl/Monat: _____

*7.1 Sorge letzter Monat? JA ___ NEIN ___

*7.2 Sorge/Beunruhigung (0-3) _____

*7.3 Mind. 1 Mt. Sorgen vor weiteren Anfällen? JA ___ NEIN ___

7.4 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

*8. Bedeutung:

*8.1 Verrückt werden? JA ___ NEIN ___

*8.2 Herzinfarkt? JA ___ NEIN ___

*8.3 Kontrollverlust? JA ___ NEIN ___

*8.4 And. Konsequenz? JA ___ NEIN ___

*9. Verhaltensänderung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*10. Vermeidung Situationen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*11.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*11.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___

*12. Körperl. Bedingungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

13. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

14. Auslöser? _____

15. Maßnahme? _____

16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

17. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Kriterium D:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

*10. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium C:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

*11.1, *11.2, *12. und differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Panikstörung:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Agoraphobie (F40.00):

*1.1 Angst? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Vermeidung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.3 Panikartige Sympt? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.4 Welche? _____

*1.5 keine Hilfe bekommen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.6 Angst früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.7 Vermeidung früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.8 Panikart. Sympt. früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.9 Welche? _____

*1.10 Hilfe früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.11 Datum: (Mt./J.) _____
 Beschreiben: _____

*2.1 Begleitung? JA ___ NEIN ___

2.2 Wer? _____

*3. Gefürchtete Situationen aus mind. 2 Bereichen:

*3.1 Symptomeinschätzung (0-3):

	Angst	Angst in Begleitung	Vermeidung
*3.1 Autofahren	_____	_____	_____
*3.2 Busfahren	_____	_____	_____
*3.3 Zugfahren	_____	_____	_____
*3.4 Schifffahren	_____	_____	_____
*3.5 Fliegen	_____	_____	_____
*3.6 Andere: _____	_____	_____	_____
<u>Öffentliche Plätze</u>			
*3.7 Parkplätze	_____	_____	_____
*3.8 Marktplätze	_____	_____	_____
*3.9 Brücken	_____	_____	_____
*3.10 Andere: _____	_____	_____	_____
<u>Geschlossene Räume</u>			
*3.11 Kino, Theater etc.	_____	_____	_____
*3.12 Geschäfte	_____	_____	_____
*3.13 Fahrstühle	_____	_____	_____
*3.14 enge Räume	_____	_____	_____
*3.15 Allein zu Haus	_____	_____	_____
*3.16 Andere: _____	_____	_____	_____
<u>Menschenmengen</u>			
*3.17 Schlange stehen	_____	_____	_____
*3.18 Menschenansamm.	_____	_____	_____
*3.19 Andere: _____	_____	_____	_____

Kriterium D:

→ Vermeidung oder nur in Begleitung oder unter intensiver Angst/Furcht aus-haltbar

*1.2 (aktuell)
 *1.7 (früher)
 und *2.1, *5.

Kriterium B:

→ Furcht oder Vermeidung, weil Flucht schwierig oder peinlich oder keine Hilfe erreichbar

*1.4–*1.10

Kriterium A:

→ Ausgeprägte Angst oder Furcht vor mind. 2 Situationen

*1.1 (aktuell)
 *1.2 (früher)
 und

*3.1–*3.21 (aus mind. 2 verschiedenen Bereichen)

Kriterium C:

→ Fast immer Furcht- oder Angstreaktion

*4.

Draußen alleine sein

*3.20 Aus d. Haus gehen _____

*3.21 Andere: _____

*4. Jedes Mal Angst? JA ___ NEIN ___

*5. Sicherheitsverhalten? JA ___ NEIN ___

6. Befürchtungen? _____

7. Verhalten? _____

Geschichte:

8.1 Erinn. an 1. Anfall? JA ___ NEIN ___

8.2 Lebensalter: _____

8.3 Ort: _____

8.4 Mit wem? _____

8.5 Wie Beginn? _____

8.6 Verhalten? _____

*9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*9.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11.1 Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

*11.2 Dauer mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___

12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*13. Angemessen? JA ___ NEIN ___

*14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Kriterium H:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *9.1, *9.2, *10.
 und differential-diagn. Abklärung

Kriterium F:

→ *Dauer mind. 6 Monate*
 *11.1-*11.2

Kriterium E:

→ *Furcht/Angst unverhältnismäßig*
 *13.

Kriterium G:

→ *Leidensdruck*
 *14.

Kriterium I:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Agoraphobie:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___	A2: JA ___ NEIN ___
A3: JA ___ NEIN ___	A4: JA ___ NEIN ___
A5: JA ___ NEIN ___	B: JA ___ NEIN ___
C: JA ___ NEIN ___	D: JA ___ NEIN ___
E: JA ___ NEIN ___	F: JA ___ NEIN ___
G: JA ___ NEIN ___	H: JA ___ NEIN ___
I: JA ___ NEIN ___	J: JA ___ NEIN ___

Soziale Angststörung (Soziale Phobie) (F40.10):

*1.1 Soziale Angst? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 A. vor Peinlichkeit? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.3 A. vor Symptomen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.4 Soziale A. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.5 A. vor Peinlichkeit früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.6 A. vor Sympt. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.7 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

*2. Symptomeinschätzung (0–3)

Angst Vermeidung

*2.1 Partys _____

*2.2 Treffen _____

*2.3 Essen öffentl. _____

*2.4 Öffentl. Toilette _____

*2.5 Vertraute _____

*2.6 Gruppe _____

*2.7 Auftritte _____

*2.8 Unvertraute _____

*2.9 Schreiben _____

*2.10Rendezvous _____

*2.11Autoritäten _____

*2.12Selbstsicher sein: _____

*(1) Rückweisung _____

*(2) Bitte _____

*2.13Gespräch 1 _____

*2.14Gespräch 2 _____

*2.15Prüfungen: _____

*(1) mündlich _____

*(2) schriftlich _____

*2.16Andere Situationen: _____

*(1) _____

*(2) _____

*3.1 Seit wann? _____ (Mt./J.)

*3.2 Mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___

4. Befürchtungen:

Vorher: _____

Während: _____

Danach: _____

Kriterium A:

→ *Ausgeprägte Angst/Furcht vor Beurteilung in sozialen Situationen*

*1.1-1.3 (aktuell)

*1.4-1.6 (früher)

Kriterium B:

→ *Ausgeprägte Angst/Furcht vor sozialen Situationen mit möglicher Beurteilung*

mind. 1 aus

*2.1-2.16

Kriterium D:

→ *Vermeidung der Situationen*

mind. 1 aus

*2.1-2.16

Kriterium F:

→ *Dauer mind. 6 Monate*

*3.1-3.2

5. Symptomeinschätzung (0–3):

Schweregrad

- 5.1 Kurzatmigkeit _____
- 5.2 Erröten _____
- 5.3 Erstickungsgefühle _____
- 5.4 Herzklopfen _____
- 5.5 Schmerzen in Brust _____
- 5.6 Schwitzen _____
- 5.7 Schwindel _____
- 5.8 Übelkeit _____
- 5.9 Unwirklichkeit _____
- 5.10 Taubheit _____
- 5.11 Hitze/Kälte _____
- 5.12 Zittern/Beben _____
- 5.13 Todesangst _____
- 5.14 Verrückt werden _____
- 5.15 Unkontrollierbarkeit _____
- *6. Jedes Mal? JA ___ NEIN ___
- *7.1 Beginn sofort? JA ___ NEIN ___
- *7.2 Situationen vermeiden? JA ___ NEIN ___

8. Bitte ankreuzen:

- weiblich ___ männl. ___ Ø U. ___
- älter ___ jünger ___ Ø U. ___
- attraktiv ___ unattr. ___ Ø U. ___
- verheirat ___ unverh. ___ Ø U. ___
- Freunde ___ Fremde ___ Ø U. ___
- gr. Gruppe ___ kl. Gruppe ___ Ø U. ___
- informell ___ formell ___ Ø U. ___
- Andere: _____
- *9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *9.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___
- *10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *11 kulturelle Ursache? JA ___ NEIN ___
- 12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *13. Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *14. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

Kriterium C:

→ *Fast immer Furcht- oder Angstreaktion*
 *6.

Kriterium E:

→ *Furcht/Angst unverhältnismäßig*
 *13.

Kriterium G:

→ *Leidensdruck*
 *14.

Kriterium H:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *9.1, *9.2, *10.
 und differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium I:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium J:

→ *Wenn Krankheit, dann ohne Zh. zu Angst/ Furcht/Vermeidung oder diese sind übermäßig*
 *10., *13.

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Soziale Angststörung:

Aktuell: o Früher: o

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A: JA ___ NEIN ___ | B: JA ___ NEIN ___ |
| C: JA ___ NEIN ___ | D: JA ___ NEIN ___ |
| E: JA ___ NEIN ___ | F: JA ___ NEIN ___ |
| G: JA ___ NEIN ___ | H: JA ___ NEIN ___ |
| I: JA ___ NEIN ___ | J: JA ___ NEIN ___ |

Nur Auftritte betreffend?: o

Spezifische Phobie 1 (F40.2x):

- | | | |
|---------------------------------------|--------|----------|
| *1.1 Spezif. Angst? | JA ___ | NEIN ___ |
| Beschreiben: _____ | | |
| *1.2 Spezif. Angst früher? | JA ___ | NEIN ___ |
| Beschreiben: _____ | | |
| *2. <u>Symptomeinschätzung (0-3):</u> | Angst | Verm. |
| <u>Tiere: Welche?</u> | | |
| *2.1 Tier 1: _____ | _____ | _____ |
| *2.2 Tier 2: _____ | _____ | _____ |
| <u>Umwelt</u> | | |
| *2.3 Höhen | _____ | _____ |
| *2.4 Stürme | _____ | _____ |
| *2.5 Wasser | _____ | _____ |
| *2.6 Sonst.: _____ | _____ | _____ |
| <u>Blut, Spritzen, Verletzungen</u> | | |
| *2.7 Blut | _____ | _____ |
| *2.8 Spritze | _____ | _____ |
| *2.9 Blutentnahme | _____ | _____ |
| <u>Situativ:</u> | | |
| *2.10 Flugzeuge | _____ | _____ |
| *2.11 Aufzüge,... | _____ | _____ |
| *2.12 enge Räume | _____ | _____ |
| *2.13 sonstige Situationen | _____ | _____ |
| <u>Sonstiges:</u> | | |
| *2.14 Behandlungen | _____ | _____ |
| *2.15 Verschlucken | _____ | _____ |
| *2.16 Erbrechen | _____ | _____ |
| *2.17 Anstecken | _____ | _____ |
| *2.18 Sonst.: _____ | _____ | _____ |
| 3. Befürchtungen: | | |
| Beschreiben: _____ | | |

Kriterium A:
 → *Ausgeprägte Angst/Furcht vor spez. Objekt oder Situation*
 *1.1 (aktuell)
 *1.2 (früher)

Kriterium C:
 → *Vermeidung des Objektes oder der Situation*
 mind. 1 aus *2.1-*2.18

Vorher: _____
 Während: _____
 Danach: _____

4. Symptomeinschätzung (0–3): Schweregrad

- 4.1 Kurzatmigkeit _____
- 4.2 Erstickungsgefühle _____
- 4.3 Herzklopfen _____
- 4.4 Schmerzen in Brust _____
- 4.5 Schwitzen _____
- 4.6 Schwindel _____
- 4.7 Übelkeit _____
- 4.8 Unwirklichkeit _____
- 4.9 Taubheit _____
- 4.10 Hitze/Kälte _____
- 4.11 Zittern/Beben _____
- 4.12 Todesangst _____
- 4.13 A. verrückt zu werden _____
- 4.14 A. vor Unkontrollierbarkeit _____
- *5. Jedes Mal? JA ___ NEIN ___
- *6.1 Beginn sofort? JA ___ NEIN ___
- *6.2 Zunahme? JA ___ NEIN ___
- *6.3 Vermeidung? JA ___ NEIN ___
- *6.4 Außerh. spez. Sit.? JA ___ NEIN ___
- *6.5 Situationen: _____
- *7 Dauer mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___
- *8.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *8.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *9. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 10. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)
- 11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *12. Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *13. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

Kriterium B:

→ *Fast immer Furcht- oder Angstreaktion*
 *5.

Kriterium E:

→ *Dauer mind. 6 Monate*
 *7.

Kriterium D:

→ *Furcht/Angst unverhältnismäßig*
 *12.

Kriterium F:

→ *Leidensdruck*
 *13.

Kriterium G:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn.
 Abklärung

Spezifische Phobie 2 (F40.2xx):

14. Befürchtungen:
 Beschreiben: _____
 Vorher: _____
 Während: _____
 Danach: _____

15. Symptomeinschätzung (0–3): Schweregrad

15.1 Kurzatmigkeit _____
 15.2 Erstickungsgefühle _____
 15.3 Herzklopfen _____
 15.4 Schmerzen in Brust _____
 15.5 Schwitzen _____
 15.6 Schwindel _____
 15.7 Übelkeit _____
 15.8 Unwirklichkeit _____
 15.9 Taubheit _____
 15.10 Hitze/Kälte _____
 15.11 Zittern/Beben _____
 15.12 Todesangst _____
 15.13 A. verrückt zu werden _____
 15.14 A. vor Unkontrollierbarkeit _____

*16. Jedes Mal? JA ___ NEIN ___
 *17.1 Beginn sofort? JA ___ NEIN ___
 *17.2 Zunahme? JA ___ NEIN ___
 *17.3 Vermeidung? JA ___ NEIN ___
 *17.4 Außerh. spez. Sit.? JA ___ NEIN ___
 *17.5 Situationen: _____

*18 Dauer mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___
 *19.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*19.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
 *20. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

21. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

22.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

22.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*23. Angemessen? JA ___ NEIN ___
 *24. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

25. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium A:
 → *Ausgeprägte Angst/Furcht vor spez. Objekt oder Situation*
 *1.1 (aktuell)
 *1.2 (früher)

Kriterium C:
 → *Vermeidung des Objektes oder der Situation*
 mind. 1 aus *2.1-*2.18

Kriterium B:
 → *Fast immer Furcht- oder Angstreaktion*
 *16.

Kriterium E:
 → *Dauer mind. 6 Monate*
 *18.

Kriterium D:
 → *Furcht/Angst unverhältnismäßig*
 *23.

Kriterium F:
 → *Leidensdruck*
 *24.

Kriterium G:
 → *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn.
 Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Spezifische Phobie 1:

Aktuell: **Früher:**

- | | | | | | | | | | |
|----|----|-----|------|-----|----|----|-----|------|-----|
| A: | JA | ___ | NEIN | ___ | B: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| C: | JA | ___ | NEIN | ___ | D: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| E: | JA | ___ | NEIN | ___ | F: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| G: | JA | ___ | NEIN | ___ | | | | | |

- Tier: (F40.218)
- Umwelt: (F40.228)
- Blut-Spritzen-Verletz.: (F40.23x)
 - Furcht vor Blut (F40.230)
 - Furcht vor Spritzen (F40.231)
 - Furcht vor med. Beh. (F40.231)
 - Furcht vor Verletz. (F40.233)
- Situativ: (F40.248)
- Anderer Typus: _____ (F40.298)

Spezifische Phobie 2:

Aktuell: **Früher:**

- | | | | | | | | | | |
|----|----|-----|------|-----|----|----|-----|------|-----|
| A: | JA | ___ | NEIN | ___ | B: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| C: | JA | ___ | NEIN | ___ | D: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| E: | JA | ___ | NEIN | ___ | F: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| G: | JA | ___ | NEIN | ___ | | | | | |

- Tier: (F40.218)
- Umwelt: (F40.228)
- Blut-Spritzen-Verletz.: (F40.23x)
 - Furcht vor Blut (F40.230)
 - Furcht vor Spritzen (F40.231)
 - Furcht vor med. Beh. (F40.231)
 - Furcht vor Verletz. (F40.233)
- Situativ: (F40.248)
- Anderer Typus: _____ (F40.298)

Generalisierte Angststörung (F41.1):

- *1.1 Sorgen? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- 1.2 Welche? _____
- *1.3 Kontrolle schwierig? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- *1.4 Sorgen früher? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- 1.5 Welche früher? _____

Kriterium A:
 → *Übermäßige Angst/Sorge bzgl. mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, während mind. 6 Monaten an den meisten Tagen*
 *1.1 (aktuell)
 *1.4 (früher)

*1.6 Kontrolle schwierig? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.7 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

2.1 Andere Auslöser? JA ___ NEIN ___

2.2 Welche? _____

*3. Symptomeinschätzung (0–3): Sorge Unkontroll.

*3.1 Familie _____

*3.2 Arbeit _____

*3.3 Finanzen _____

*3.4 Gesundheit 1 _____

*3.5 Gesundheit 2 _____

*3.6 Soziales _____

*3.7 Alltägliches _____

*3.8 Gesellschaft _____

*3.9 Sonstiges 1 _____

*3.10 Sonstiges 2 _____

*4.1 Dauer? _____

*4.2 Mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___

4.3 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

5. % Sorgen pro Tag: _____%

*6. Einschätzung (0–3) Schweregrad Mehrzahl

*6.1 Ruhelosigk. _____ JA ___ NEIN ___

*6.2 Ermüdbark. _____ JA ___ NEIN ___

*6.3 Konz.probl. _____ JA ___ NEIN ___

*6.4 Reizbarkeit _____ JA ___ NEIN ___

*6.5 Muskelspann. _____ JA ___ NEIN ___

*6.6 Schlafprobl. _____ JA ___ NEIN ___

7. Auslöser? _____

8.1 Sorgenbewältigung JA ___ NEIN ___
 Bewältig. 1: _____
 Bewältig. 2: _____

8.2 Häufigkeit Bewältig. 1? _____ (0–3)
 Häufigkeit Bewältig. 2? _____ (0–3)

*9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*9.2 Symptome verursacht.? JA ___ NEIN ___

*10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

11. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Kriterium B:

→ Schwierigkeiten Sorgen zu kontrollieren

*1.3 (aktuell)

*1.6 (früher)

und

*3.1-3.10

Kriterium C:

→ Angst/Sorge mit mind. 3 Symptomen verbunden (mind. einige Symptome in den letzten 6 Tagen an Mehrzahl der Tage)

*6.1-6.6

Kriterium D:

→ Leidensdruck

*13.

Kriterium E:

→ Ausschl. Substanz/Krankheit

*9.1, *9.2, *10.

und differential-diagn.

Abklärung

Kriterium F:

→ Ausschl. anderer Störungen

differential-diagn.

Abklärung

- *13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)
- 14. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Generalisierte Angststörung:

- Aktuell: o Früher: o
- A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 - C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
 - E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

Manische Episode/Hypomane Episode (F31.xx)

- *1.1 Manische Phase? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.2 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___
- *2. Symptomeinschätzung (0-3): Häufigkeit Schweregrad
- *2.1 Reizbarkeit _____ _____
- *2.2 Hochstimmung _____ _____
- *2.3 Überh. Selbstwert _____ _____
- *2.4 Weniger Schlaf _____ _____
- *2.5 Rededrang _____ _____
- *2.6 Ideenflucht _____ _____
- *2.7 Ruhelosigkeit _____ _____
- *2.8 Aktivitäten _____ _____
- *2.9 Ablenkbarkeit _____ _____
- *3. Mind. 1 Woche? JA ___ NEIN ___
Anzahl Tage: _____
- (*)4. Von anderen bemerkbar? JA ___ NEIN ___
- *5.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____
- *5.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *6. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *7.1 Psychot. Sympt.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 7.2 1. Mal _____ (Mt./J.)
- 7.3 Dauer: _____
- *8.1 Depr. Phase? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *8.2 von anderen beobachtbar? JA ___ NEIN ___
- *9. Mehrmals Hochphasen neben Depr.? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ Angehaltene Periode abnorm und anhaltend gehobener oder reizbarer Stimmung und abnorm und anhaltend gesteigerter zielgerichteter Aktivität und Energie von mind. 1 Woche (4 Tage bei hypomaner Episode), für die meiste Zeit des Tages, an fast allen Tagen

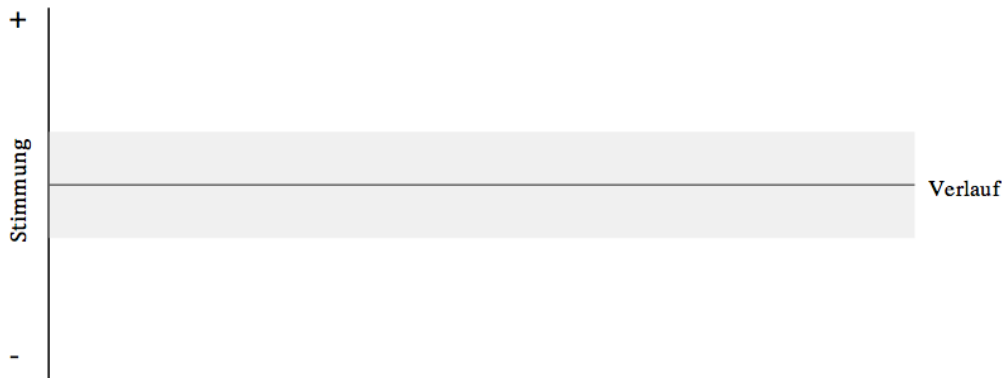
*1.1, *3.

Kriterium B:

→ Mind. 3 (bei nur reizbarer Stimmung 4)

Symptome

*2.1-*2.9



Erste Episode: von ___ bis ___
 Schwerste Episode: von ___ bis ___
 Weitere Episoden: von ___ bis ___
 Letzte Episode: von ___ bis ___
 *10. 2 Mt. symptomfrei? JA ___ NEIN ___
 11. Erstmanifestation ___ (Mt./J.)
 12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
 Urteilsvermögen? _____ (0-8)
 Ärztliche Aufsicht? JA ___ NEIN ___
 Gefährdung? JA ___ NEIN ___
 14. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C (manisch);
Kriterium E (hypoman):
 → *Leidensdruck oder*
Hospitalisierung
 *13.

Kriterium D (manisch);
Kriterium F (hypoman):
 → *Ausschl. Sub-*
stanz/Krankheit
 *5.1, *5.2, *6.
 und differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium C (hypoman):
 → *Eindeutige und unty-*
pische Veränderung des
Funktionsniveaus
 *2.1-*2.9, *4. und diffe-
 renential-diagn.
 Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Manische Episode:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Kriterium D (hypoman):
 → *Veränderung des*
Funktionsniveaus durch
andere beobachtbar
 *4.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Hypomane Episode:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
 E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

Aktuelle oder letzte Episode manisch

Bipolar-I-Störung, leichtgradig: o (F31.11)
 Bipolar-I-Störung, mittelgradig: o (F31.12)
 Bipolar-I-Störung, schwergradig: o (F31.13)
 Bipolar-I-Störung, psych. Merk.: o (F31.2)

- Bipolar-I-Störung, teilrem.: (F31.73)
- Bipolar-I-Störung, vollrem.: (F31.74)
- Bipolar-I-Störung, NNB: (F31.9)

Aktuelle oder letzte Episode depressiv

- Bipolar-I-Störung, leichtgradig: (F31.31)
- Bipolar-I-Störung, mittelgradig: (F31.32)
- Bipolar-I-Störung, schwergradig: (F31.4)
- Bipolar-I-Störung, psych. Merk.: (F31.5)
- Bipolar-I-Störung, teilrem.: (F31.75)
- Bipolar-I-Störung, vollrem.: (F31.76)
- Bipolar-I-Störung, NNB: (F31.9)

- Bipolar-II-Störung: (F31.81)

**Persistierende depressive Störung
(Dysthyme Störung) (F34.1)**

- *1.1 2 J. depr. Selbstbild? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 2 J. depr. Fremdbild? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.3 Depr. Selbstbild früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.4 Depr. Fremdbild früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *2.1 Prozentualer Anteil? _____%
- *2.2 Mehrzahl Tage? JA ___ NEIN ___
- *3.1 Verschlimmerung?
Vor MD: _____
Dauer: _____
Nach MD: _____
Dauer: _____
- *3.2 Symptomfrei? JA ___ NEIN ___
Dauer: _____

Kriterium A:

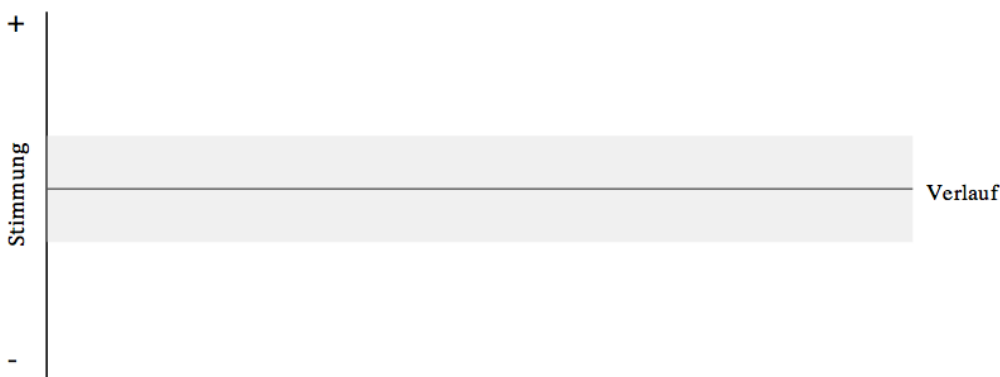
→ *Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages, an der Mehrzahl der Tage, über mind. 2 Jahre, selbst berichtet oder beobachtet*

- *1.1, *1.2 (aktuell)
- *1.3, *1.4 (früher)
- *2.1, *2.2, *3.2, *8

Kriterium D:

→ *Kriterien der Major Depression können 2 Jahre durchgängig erfüllt sein*

- *3.1, *8 und Stimmungsverlaufskurve



- *4. Symptomeinschätzung (0–3): Schweregrad
- *4.1 o Appetit zu JA ___ NEIN ___ ___
 o Appetit ab
- *4.2 o Insomnie JA ___ NEIN ___ ___
 o Hypersomnie
- *4.3 Müdigkeit JA ___ NEIN ___ ___
- *4.4 Selbstwert JA ___ NEIN ___ ___
- *4.5 Konz.schwier. JA ___ NEIN ___ ___
- *4.6 Hoffnungslos JA ___ NEIN ___ ___
- *5.1 Mind. 2 M. ohne Symptome? JA ___ NEIN ___
- 5.2 Zeitraum Von (Mt./J.): ___ Bis (Mt./J.): ___
- *6.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *6.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *7. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *8. Erstmanifestation: ___ (Mt./J.)
- 9.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 9.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *10. Beeinträchtigung? ___ (0–8)
 Belastung? ___ (0–8)

Diagnosekriterien nach DSM-5:
Persistierende Depressive Störung:

Aktuell: o Früher: o

- | | | | |
|-----------|----------|-----------|----------|
| A: JA ___ | NEIN ___ | B: JA ___ | NEIN ___ |
| C: JA ___ | NEIN ___ | D: JA ___ | NEIN ___ |
| E: JA ___ | NEIN ___ | F: JA ___ | NEIN ___ |
| G: JA ___ | NEIN ___ | H: JA ___ | NEIN ___ |

früher Beginn : o
 später Beginn: o

Major Depression (F32.xx; F33.xx)

- *1.1 Depr. Stimmung? JA ___ NEIN ___
- *1.2 an fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- *1.3 Interesseverlust? JA ___ NEIN ___
- *1.4 an fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- 1.5 Erklärung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *1.6 Depr. Stimmung früher? JA ___ NEIN ___

Kriterium B:

→ *Mind. 2 Symptome während depressiver Verstimmung*
 *4.1-*4.6

Kriterium C:

→ *keine Symptomfreiheit > 2 Monate*
 *5.1

Kriterium E:

→ *Keine Manie, Hypomanie, Zyklotymie*
 differential-diagn. Abklärung

Kriterium F:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn. Abklärung

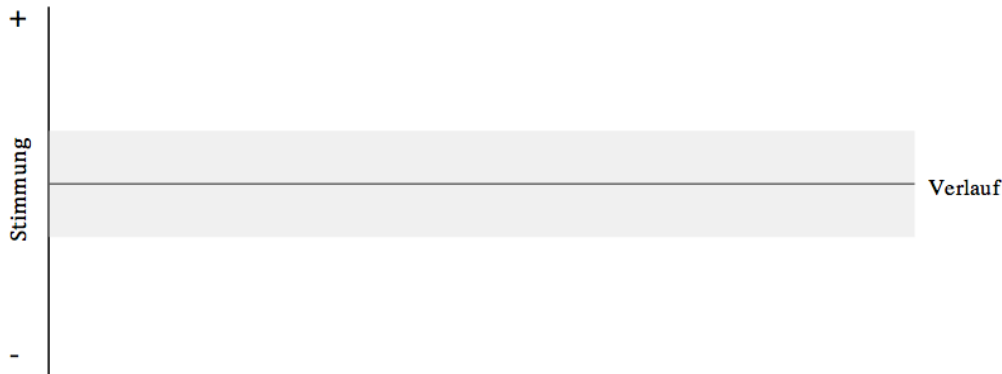
Kriterium G:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *6.1, *6.2, *7. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium H:

→ *Leidensdruck*
 *10.

- *1.7 An fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- *1.8 Interesseverlust früher? JA ___ NEIN ___
- *1.9 An fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- 1.10 Erklärung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *2. Mehrere Episoden JA ___ NEIN ___



Erste Episode: von ___ bis ___
 Schwerste Episode: von ___ bis ___
 Weitere Episoden: von ___ bis ___
 Letzte Episode: von ___ bis ___

- *3. Symptomeinschätzung (0-3): Schweregrad
- *3.1 o Gewicht zu JA ___ NEIN ___
o Gewicht ab
o Appetit zu JA ___ NEIN ___
o Appetit ab
- *3.2 o Insomnie JA ___ NEIN ___
o Hypersomnie
- *3.3 o Psychomot. Err. JA ___ NEIN ___
o Hemmung
- *3.4 Müdigkeit JA ___ NEIN ___
- *3.5 Konz. Probleme JA ___ NEIN ___
- *3.6 Selbstwert JA ___ NEIN ___
- *3.7 Gedanken an Tod JA ___ NEIN ___
- *4.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____
- *4.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *5. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *6. Wahn, Halluzination? JA ___ NEIN ___
- 6.1 Außerh. Depr.? JA ___ NEIN ___
- 6.2 Dauer: _____
- 6.3 Mind. 2 Wochen? JA ___ NEIN ___
- 7. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

Kriterium A:
 → Mind. 5 Symptome in derselben 2-Woche Periode als Änderung des üblichen Funktionsniveaus; mind. 1 Symptom ist depressive Stimmung oder Verlust von Interesse und Freude
 *1.1-*1.4 (aktuell)
 *1.6-*1.9 (früher) und *3.1-*3.7

Kriterium C:
 → Ausschl. Substanz/Krankheit
 *4.1, *4.2, *5. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium D:
 Ausschl. von Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum und anderer psychotischer Störungen
 *6. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium E:
 Ausschl. Manie/Hypomanie und Stimmungsverlaufskurve und differential-diagn. Abklärung

- *3.3 Befürchtungen _____
- *3.4 Sex. Imp. _____
- *3.5 Relig. Imp. _____
- *3.6 Horrorvorstel. _____
- *3.7 Gewaltvorstel. _____
- *3.8 Sinnl. Ged. _____
- *3.9 Andere: _____

4. Wichtigste Zwangsgedanken:

(1): _____

(2): _____

*5.1 Anzahl Stunden? _____ (h)

*5.2 Mind. 1 Stunde? JA ___ NEIN ___

*6.1 Eingebung? _____

*6.2 Von außen? JA ___ NEIN ___

7. Befürchtung? _____

8.1 Vermeidung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

8.2 Einbezug anderer? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Überzeugung (0-100):

*9.1 Während Zwang: _____

*9.2 Außerhalb Zwang: _____

*10 Angemessen? JA ___ NEIN ___

Zwangshandlungen

*11.1Zwangshandlung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11.2Zwangshandl. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

11.3 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

12. Inhalt? _____

*13. Symptomeinschätzung (0-3): Häufigkeit Kommentar

*13.1Zählen _____

*13.2Kontrollieren _____

*13.3Waschen _____

*13.4Sammeln _____

*13.5Wiederholen _____

*13.6Regeln _____

*13.7Haare _____

*13.8Sonstige 1 _____

*13.9Sonstige 2 _____

14. Wichtigste Zwangshandlungen:

Beschreiben: _____

(1): _____

(2): _____

Kriterium B:

→ Zwangsgedanken /
-handlungen sind zeitin-
tensiv (> 1 Std./tgl.) oder
verursachen Leidens-
druck

*5.1, *5.2 (Zwangsgedanken), *15.1, *15.2 (Zwangshandlungen) oder *26.

Kriterium C:

→ Ausschl. Sub-
stanz/Krankheit

*21.1, *21.2, *22.
und differential-diagn.
Abklärung

Kriterium D:

→ Ausschl. anderer Stö-
rungen

differential-diagn.
Abklärung

*15.1 Anzahl Stunden? _____ (h)
 *15.2 Mind. 1 Stunde? JA ___ NEIN ___
 16. Widerstand: _____ (0-3)
 17.1 Ängstlichkeit/Belastung: _____ (0-3)
 17.2 Befürchtung: _____
 18.1 Vermeidung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 18.2 Einbezug anderer? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
Überzeugung (0-100):
 *19.1 Während Zwang: _____
 *19.2 Außerhalb Zwang: _____
 *20. Angemessen? JA ___ NEIN ___
 *21.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
 *21.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
 *22. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *23.1 Tics? JA ___ NEIN ___
 *23.2 jemals Tics? JA ___ NEIN ___
 24. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)
 25.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 25.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *26. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
 27. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Zwangsstörung:

Zwangsgedanken:

Aktuell: o **Früher:** o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___

gute Einsicht: o

wenig Einsicht: o

keine Einsicht/Wahnh.: o

Zwangshandlungen:

Aktuell: o **Früher:** o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___
 B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___
 D: JA ___ NEIN ___
 gute Einsicht: o
 wenig Einsicht: o
 keine Einsicht/Wahnh.: o

Körperdysmorphie Störung (45.22)

- *1.1 Makel/Defizit? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *1.2 Beschäftigung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *1.3. Makel/Defizit früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *1.4 Beschäftigung früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *2.1 Verhaltensweisen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *2.2 Gedanken? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *3 Symptomeinschätzung (0-3):
- Scham Kontrolle Widerstand
- *3.1 Haut _____ _____ _____
- *3.2 Haare _____ _____ _____
- *3.3 Gesicht _____ _____ _____
- *3.4 Zähne _____ _____ _____
- *3.5 Gewicht _____ _____ _____
- *3.6 Bauch _____ _____ _____
- *3.7 Hüfte _____ _____ _____
- *3.8 Brust _____ _____ _____
- *3.9 Beine _____ _____ _____
- *3.10 Statur _____ _____ _____
- *3.11 Muskulatur _____ _____ _____
- *3.12 Po _____ _____ _____
- *3.13 Sonstige: _____ _____ _____
- 4. Anzahl Stunden: _____ (h)
- 5. schönheits-chirurgische Eingriffe? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *6.1 Sinnlosigkeit? JA ___ NEIN ___
- *6.2 Überzeugung (0-100%):
- *6.3 Angemessenheit? JA ___ NEIN ___
- *7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
- Art: _____
- Dosis: _____
- Zeitpunkt: _____

Kriterium A:

→ *Übermäßige Beschäftigung mit mind. 1 wahrgenommenen Mangel oder Defekt im äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht oder kaum erkennbar sind*
 *1.1, *1.2 (aktuell)
 *1.3, *1.4 (früher)
 und *3.1-3.13

Kriterium B:

→ *Wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen im Verlauf der Störung wegen Befürchtungen bzgl. Aussehen*
 *2.1, *2.2

Kriterium D:

→ *Ausschl. Essstörungen oder ausschließlicher Bezug auf Körperfett/-gewicht*
 differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*
 *10.

- *7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 9.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 9.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *10. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)
- 11. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Körperdysmorphie Störung:

Aktuell: **Früher:**

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Muskeldysmorphie:

Gute Einsicht:

wenig Einsicht:

keine Einsicht/Wahnh.:

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen

- *1.1 Angriff JA ___ NEIN ___
- *1.2 Misshandlung JA ___ NEIN ___
- *1.3 sex. Gewalt JA ___ NEIN ___
- *1.4 sex. Missbrauch JA ___ NEIN ___
- *1.5 Naturkatastrophe JA ___ NEIN ___
- *1.6 Feuer JA ___ NEIN ___
- *1.7 Verkehrsunfall JA ___ NEIN ___
- *1.8 Arbeitsunfall JA ___ NEIN ___
- *1.9 anderer Unfall JA ___ NEIN ___
- *1.10 Bedrohung Waffe JA ___ NEIN ___
- *1.11 Kampfhandlungen JA ___ NEIN ___
- *1.12 Gefangenschaft JA ___ NEIN ___
- *1.13 Krankheit JA ___ NEIN ___
- *1.14 Leid anderer JA ___ NEIN ___
- *1.15 Verletz. anderer JA ___ NEIN ___
- *1.16 Verletz. nahestehende P. JA ___ NEIN ___
- *1.17 Unfalltod JA ___ NEIN ___
- *1.18 Details JA ___ NEIN ___
- *1.19 andere: _____ JA ___ NEIN ___
- *1.20 Erstes Ereignis: _____ Alter: _____
Weitere Ereignisse: _____ Alter: _____

Kriterium A (Posttraumatische Belastungsstörung und Akute Belastungsstörung):

→ Konfrontation mit mind. 1 traumatischen Ereignis (siehe Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen)

*1.1-1.19, *1.22, *1.23

Letztes: _____ Alter: _____
 Am stärksten beeinträchtigendes E.: _____ Alter: _____

- *1.21 Welches E. beeinträchtigt am meisten?
 Beschreiben: _____
- *1.22 Verl./Tod/sex. Gew.? _____
- *1.23 Selbst erlebt, beobachtet? _____

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.10)

*1. <u>Wiedererleben</u> (0–3)	Häufigkeit/ Schweregrad		Komment.
*1.1 Erinnerungen	_____		_____
*1.2 Träume	_____		_____
*1.3 Wiedererleben	_____		_____
*1.4 Psych. Belast.	_____		_____
*1.5 Körp. Reakt.	_____		_____
*2. <u>Vermeidung</u> (0–3)	Häufigkeit/ Schweregrad		Komment.
*2.1 Gedanken,	_____		_____
*2.2 Aktivitäten,	_____		_____
*3. <u>Veränderte Ged.</u> (0–3)	Häufigkeit/ Schweregrad		Komment.
*3.1 Erinnerungslü.		JA ___ NEIN ___	
*3.2 Überzeugungen	_____		_____
*3.3 Gedanken	_____		_____
*3.4 Gefühle	_____		_____
*3.5 Interessenverl.	_____		_____
*3.6 Fremd fühlen	_____		_____
*3.7 Gelähmt fühlen	_____		_____
*4. <u>Arousal</u> (0–3)	Häufigkeit/ Schweregrad		Komment.
*4.1 Schlafprobleme	_____		_____
*4.2 Reizbarkeit, Wut	_____		_____
*4.3 Konzentration	_____		_____
*4.4 Wachsamkeit	_____		_____
*4.5 Schreckhaftigkeit	_____		_____
*4.6 Risikoverhalten	_____		_____
*5.1 Zeitpunkt?		_____ (Wochen)	
*5.2 Nach 6 Monaten?		JA ___ NEIN ___	
*6.1 Fremd/unwirklich?		JA ___ NEIN ___	
*6.2 Außerhalb d. Körpers?		JA ___ NEIN ___	
*6.3 Unwirklichkeit?		JA ___ NEIN ___	
*7.1 Medikam./Drogen?		JA ___ NEIN ___	
Art:	_____		
Dosis:	_____		

Kriterium B:
 → Mind. 1 Symptom des Wiedererlebens, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis
 *1.1-1.5

Kriterium C:
 → Mind. 1 Symptom der Vermeidung von traumaassoziierten Stimuli, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis
 *2.1, *2.2

Kriterium D:
 → Mind. 2 Symptome negativer Veränderungen von Kognitionen und Stimmung, begonnen oder verschlimmert nach traumatischem Ereignis und auf dieses bezogen
 *3.1-3.7

Kriterium E:
 → Mind. 2 Symptome deutlicher Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis
 *4.1-4.6

Kriterium F:
 → Dauer der Symptome mind. 1 Monat
 *1.1-4.6

Zeitpunkt: _____

*7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

10. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:
Posttraumatische Belastungsstörung:

Aktuell: o **Früher:** o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

G: JA ___ NEIN ___ H: JA ___ NEIN ___

Verzögerter Beginn: o

Mit diss. Symptomen : o

Akute Belastungsstörung (F43.0)

1. Gefühle beschreiben: _____

*2. Symptomeinschätzung (0-3):

	<u>Wiedererleben</u> (0-3)	Häufigkeit/ Schweregrad	Komment.
*2.1 Gedanken	_____	_____	_____
*2.2 Träume	_____	_____	_____
*2.3 Wiedererleben	_____	_____	_____
*2.4 Psych. Belastung	_____	_____	_____
	<u>Negative Stimmung</u> (0-3)	Häufigkeit/ Schwere	Komment.
*2.5 Gefühle	_____	_____	_____
	<u>Dissoziative Symp.</u> (0-3)	Häufigkeit/ Schweregrad	Komment.
*2.6 Unwirklichkeit	_____	_____	_____
*2.7 Amnesie	_____	_____	_____
	<u>Vermeidung</u> (0-3)	Häufigkeit/ Schweregrad	Komment.
*2.8 Gedanken,	_____	_____	_____
*2.9 Aktivitäten,	_____	_____	_____
	<u>Arousal</u> (0-3)	Häufigkeit/ Schweregrad	Komment.
*2.10 Schlafprobleme	_____	_____	_____
*2.11 Reizbarkeit	_____	_____	_____
*2.12 Konzentration	_____	_____	_____

Kriterium G:
 → *Leidensdruck*
 *9.

Kriterium H:
 → *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *7.1, *7.2, *8.
 und differential-diagn. Abklärung

Kriterium B:
 → *Mind. 9 Symptome aus allen 5 Kategorien, begonnen oder verschlimmert nach traumatischem Ereignis und auf dieses bezogen*
 *2.1-2.14

Kriterium C:
 → *Dauer der Symptome mind. 3 Tage und max. 1 Monat*
 *3.

Kriterium E:
 → *Ausschl. Substanz/Krankheit/Kurzer Psychotischer Störung*
 *4.1, *4.2, *5.
 und differential-diagn. Abklärung

*2.13 Wachsamkeit _____

*2.14 Schreckreaktion _____

*3. Zeitpunkt? _____ (Tage)

*4.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*4.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*5. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*6. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Akute Belastungsstörung:

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___

Somatische Belastungsstörung (F45.1)

*1.1 Körperl. Beschwerden? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Körperl. Beschwerden früher? JA ___ NEIN ___

*2.1 Beginn (Mt./J.): _____

*2.2 Mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___

3.1 Arztuntersuchung? JA ___ NEIN ___

3.2 Befund? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

3.3 Symp. nicht ausreichend erklärt? JA ___ NEIN ___

*4.1 Gedanken Ernsthaftigkeit? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*4.2 Ernsthaftigkeit, wenn Symp. vorhanden? (0-100%):... _____

*4.3 Ernsthaftigkeit, wenn keine Symp.? (0-100%): _____

*4.4 Gesundheitsangst? JA ___ NEIN ___

*4.5 Anzahl Stunden: _____ (h)

5. Beschwerden beeinflussbar? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Kriterium D:

→ *Leidensdruck*
*6.

Kriterium A:

→ *Mind. 1 somatisches Symptom, welches belastet oder alltägliche Lebensführung deutlich einschränkt*
*1.1 (aktuell)
*1.2 (früher)

Kriterium B:

→ *Mind. 1 Symptom exzessiver Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bzgl. somatischer Symptome und damit verbundene Gesundheitssorgen*
*4.1-*4.5

Kriterium C:

→ *Zustand der Symptombelastung mind. 6 Monate (einzelne Symptome müssen nicht durchgängig vorhanden sein)*
*2.1, *2.2

Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
 *7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
 *8. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
 9. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

**Diagnosekriterien nach DSM-5:
 Somatische Belastungsstörung:**

Aktuell: o **Früher:** o
 A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___
 Mit überw. Schmerz: o
 Andauernd: o

Krankheitsangststörung (F45.21)

*1.1 Krankh. befürchtet? JA ___ NEIN ___
 1.2 Welche? _____
 *1.3 Befürcht. früher? JA ___ NEIN ___
 1.4 Welche? _____
 1.5 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___
 Zeitraum Von (Mt./J.): ___ Bis (Mt./J.): ___
 *2.1 Grund für erhöh. Risiko? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *2.2 Angemessen? JA ___ NEIN ___
 *3. Überzeugung? _____ %
 4. Zweifel? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *5.1 Körperl. Symptome? JA ___ NEIN ___
 5.2 Welche? _____
 5.3 Häufigkeit: _____ (pro Mt.)
 *5.4. Bestätigung? JA ___ NEIN ___
 *6.1 Verhaltensweisen? JA ___ NEIN ___
 *6.2. Arztbesuch? JA ___ NEIN ___
 *6.3 Vermeidung 1? JA ___ NEIN ___
 *6.4 Vermeidung 2? JA ___ NEIN ___
 7. Anzahl Arztbesuche (Monat) _____
 8. Befunde? _____
 9.1 Beruhigung? JA ___ NEIN ___
 9.2 Dauer? _____ (Tage)
 9.3 Abnahme? JA ___ NEIN ___
 *10. Sorgen? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:
 → *Übermäßige Beschäftigung damit, eine ernsthafte Krankheit zu haben oder zu bekommen*

*1.1 (aktuell)
 *1.3 (früher)

Kriterium E:
 → *Beschäftigung mit Gesundheit besteht mind. 6 Monate (Sorgen bzgl. spezifischer Krankheiten können wechseln)*

*1.1 (aktuell)
 *1.3 (früher)

Kriterium B:
 → *Keine oder nur geringe somatischen Symptome; bei erhöhtem Krankheitsrisiko ist Beschäftigung damit übermäßig*

*2.1, *2.2, *5.1, *5.4

Kriterium C:
 → *Stark ausgeprägte Gesundheitsängste und leicht zu beunruhigen bzgl. Gesundheitszustand*

*10.

Kriterium D:
 → *Übertriebene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen oder maladaptive Vermeidung*

*6.1-*6.4

11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*12.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*14. Angst? _____ (0-8)
 Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium F:
 → *Ausschl. anderer Störungen*
 differential-diagn.
 Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Krankheitsangststörung:

Aktuell: o **Früher:** o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
 E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

Hilfesuchend: o
 Hilfemeidend: o

Kriterium A:
 → *In Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, die zu einem signifikant verminderten Körpergewicht führt*
 *1.1- *1.3 (aktuell)
 *1.4- *1.7 (früher)

Eingangsfragen zum Körpergewicht:

1.1 Höchstes Gewicht (kg)? _____
 1.2 Lebensalter? _____
 1.3 Niedrigstes Gewicht (kg)? _____
 1.4 Lebensalter? _____

Kriterium B:
 → *Starke Angst vor Gewichtszunahme/dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, um Gewichtszunahme entgegenzuwirken, trotz signifikant niedrigem Gewicht*
 *3.1, *3.2, *6.1- *7.3

Anorexia Nervosa (F50.0x)

*1.1 Größe aktuell (m)? _____
 *1.2 Gewicht aktuell (kg)? _____
 BMI:
 Aktuell: _____ kg/m²
 Höchster BMI: _____ kg/m²
 Niedrigster BMI: _____ kg/m²

*1.3 Abgenommen? JA ___ NEIN ___
 *1.4 Abgenommen früher? JA ___ NEIN ___
 *1.5 Größe (m)? _____

*1.6 Gewicht (kg)? _____

*1.7 Lebensalter? _____

2.1 Gewichtszunahme? JA ___ NEIN ___

2.2 Warum nicht?
 Beschreiben: _____

2.3 Rat anderer? JA ___ NEIN ___

*3.1 Angst Dicksein? JA ___ NEIN ___

*3.2 Ausprägung Angst/Unbehagen _____ (0-3)

3.3 Gewichtsgrenze? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*4.1 Gefühl Dicksein? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*4.2 Wichtigk. für Selbstwert? _____ (0-3)

*4.3 Bedroh. Gesundh.? JA ___ NEIN ___

5.1 Was/wie viel: _____

5.2 Denken an Essen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

5.3 Bewusstes Essen? JA ___ NEIN ___

5.4 Verbot Nahrungsmittel? JA ___ NEIN ___
 Welche? _____
 Warum? _____

5.5 Menge? JA ___ NEIN ___

Restriktiver Typus

*6.1 Diät? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.2 Fasten? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.3 Sport? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.4 Andere Gegenmaßnahmen? JA ___ NEIN ___

Binge-Eating-/Purging-Typus

*7.1 Essanfälle? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.2 Abführmittel? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.3 Erbrechen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*9.1 Angemessen? JA ___ NEIN ___

*9.2 Ernsthaftigkeit erkannt? JA ___ NEIN ___

Kriterium C:
 → Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht bzgl. Schweregrad des gegenwärtigen Körpergewichts
 *4.1-*4.3, *9.1, *9.2

*10.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*10.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*11. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

13. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Anorexia Nervosa:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___

Restriktiv: o (F50.01)

Binge-Eating/Purging: o (F50.02)

Bulimia Nervosa (F50.2)

*1.1 Essanfälle? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.2 Kontrollverlust? JA ___ NEIN ___

*1.3 Essanfälle früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.4 Kontr.verlust früher? JA ___ NEIN ___

1.5 Letzte Phase (Mt./J.) von ___ bis ___

2.1 Was/wie viel während Essanfall:

2.2 Reihenfolge: _____

*3.1 Erbrechen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.2 Abführmittel etc.? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.3 Fasten? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.4 Sport? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

4. Was/wie viel pro Tag:

5.1 Sorgen? JA ___ NEIN ___

Kriterium A (Bulimia Nervosa und Binge-Eating-Störung):
 → Wiederholte Episoden von Essanfällen (Verzehr von großen Nahrungsmengen in kurzer Zeit und Gefühl von Kontrollverlust)
 *1.1, *1.2 (aktuell)
 *1.3, *1.4 (früher)

Kriterium B:
 → Wiederholte, unangemessene Gegenmaßnahmen
 *3.1-3.4

Kriterium C:
 → Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf Selbstbewertung
 *6.

Kriterium C:
 → Essanfälle und Gegenmaßnahmen durchschnittlich mind. 1x pro Woche über Zeitraum von 3 Monaten
 *7.1-7.2.2

5.2 Angst Gewichtszunahme? _____ (0-3)
 *6. Wichtigk. für Selbstwert? _____ (0-3)
 *7.1 Essanfälle seit wann? _____ (Mt./J.)
 *7.2.1 Essanfälle pro Tag? _____
 *7.2.2 Essanfälle pro Woche? _____
 *7.3 Mind. 3 Mt. 1/Wo? JA ___ NEIN ___
 8. Geheimhalten? JA ___ NEIN ___
 9. Auslöser? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 10.1 Alter 1. Essanfall: _____ (Mt./J.)
 10.2 Ort: _____
 10.3 Alter 1. Gegenmaßn.: _____ (Mt./J.)
 10.4 Diät? JA ___ NEIN ___
 11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *12.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
 *12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
 *13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
 15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium E:

→ *Ausschluss Anorexia Nervosa*
 differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium B:

→ *Essanfälle gemeinsam mit mind. 3 Symptomen*
 *1.1-*1.5

Kriterium C:

→ *Essanfälle durchschnittlich mind. 1x pro Woche über Zeitraum von 3 Monaten*
 *2.1-*2.3

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Bulimia Nervosa:

Aktuell: o **Früher:** o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___ E: JA ___ NEIN ___

Teilremittiert: o

Vollremittiert: o

Binge-Eating-Störung (F50.8)

*1.1 Schneller? JA ___ NEIN ___
 *1.2 Völlegefühl? JA ___ NEIN ___
 *1.3 Kein Hunger? JA ___ NEIN ___
 *1.4 Verstecken? JA ___ NEIN ___
 *1.5 Schuldig? JA ___ NEIN ___

*2.1 Seit wann? _____ (Mt./J.)

*2.2 Häufigkeit?
 pro Tag: _____
 pro Woche: _____

*2.3 Essanfälle mind. 3 M. 1/Woche? JA ___ NEIN ___

3.1 Diät? JA ___ NEIN ___

3.2 Alter erste Diät? _____ (Mt./J.)

3.3 Häufigkeit Diäten: _____

3.4 Gewicht zu-/abnahme: _____(kg)

4.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

4.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*5.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*5.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*6. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

8. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C:
 → *Leidensdruck wegen Essanfällen*
 *7.

Kriterium E:
 → *Ausschluss Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa*
 differential-diagn.
 Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Binge-Eating-Störung:

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___ E: JA ___ NEIN ___

Teilremittiert: o

Vollremittiert: o

Eingangsfragen zum Schlafverhalten:

*1.1 Schlafprobleme? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Schlafprobl. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

2.1 Regelmäßigkeit? JA ___ NEIN ___

2.2 Zubettgehzeit? _____

2.3 Aufstehzeit? _____

2.4 Effektive Schlafzeit: _____ (h)

3. Bei Nichteinhalten? JA ___ NEIN ___

- 4.1 Beschäftigung: _____
- 4.2 Anreg. Getränke? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 4.3 Alkohol? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 4.4 Stress? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Insomnie (F51.01)

- *1.1 Einschlafprobleme? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 Durchschlafprobl.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.3 Früh wach? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.4 Nicht erholsam? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.5 Einschlafpr. früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.6 Durchschlafpr. früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.7 Früh wach früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.8 Nicht erholsam früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.9 Letzte Phase (Mt./J.) von ___ bis ___
- *2. Belastung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *3.1 Beginn: _____ (Mt./J.)
- *3.2 Mind. 3 Nächte/Woche? JA ___ NEIN ___
- *3.3 Mind. 3 Monate? JA ___ NEIN ___
- *4. Gründe im Umfeld? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Bei Einschlafproblemen:

- 5. Einschlafdauer: _____
- Bei Durchschlafproblemen:
- 6.1 Häufigkeit: _____
- 6.2 Dauer: _____
- *7.1 Nur bei Depressivität? JA ___ NEIN ___
- *7.2 Bei Angst? JA ___ NEIN ___
- *7.3 Schlafattacken? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *7.4 Schlafapnoe? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Kriterium A:

→ *Beschwerden oder Unzufriedenheit mit Schlafquantität oder -qualität in Zusammenhang mit mind. 1 Symptom*
*1.1-*1.3 (aktuell)
*1.5-*1.7 (früher)

Kriterium B:

→ *Leidensdruck*
*12.

Kriterium C:

→ *Häufigkeit mind. 3 Nächte pro Woche*
*3.2

Kriterium D:

→ *Dauer mind. 3 Monate*
*3.1, *3.3

Kriterium E:

→ *Schlafprobleme trotz ausreichender Schlafmöglichkeiten*
*4.

Kriterium F:

→ *Ausschluss anderer Schlafstörungen*
*7.3-*7.7

Kriterium G:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
*8.1, *8.2, *9.
und differential-diagn. Abklärung

- *7.5 Restless-Legs-Syndrom? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *7.6 Schlafwandeln? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *7.7 Alpträume? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *8.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____
- *8.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *9. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 10. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)
- 11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *12. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)
- 13. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Insomnie:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| Aktuell: o | Früher: o |
| A1: JA ___ NEIN ___ | A2: JA ___ NEIN ___ |
| A3: JA ___ NEIN ___ | B: JA ___ NEIN ___ |
| C: JA ___ NEIN ___ | D: JA ___ NEIN ___ |
| E: JA ___ NEIN ___ | F: JA ___ NEIN ___ |
| G: JA ___ NEIN ___ | H: JA ___ NEIN ___ |

Hypersomnie (F51.11)

- *1.1 Müdigkeit? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 Nicht erholt? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.3 Schwierigkeiten richtig aufwachen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.4 Müdigkeit früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.5 Nicht erholt früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.6 Schwierigkeiten richtig aufwachen früher? JA ___ NEIN ___

Kriterium H:

→ *Komorbide psychische Störungen oder medizinischen Krankheitsfaktoren können die Insomnie nicht ausreichend erklären differential-diagn. Abklärung*

Kriterium A:

→ *Selbstberichtete übermäßige Schläfrigkeit trotz Hauptphase von mind. 7 Stunden schlaf mit mind. 1 Symptom*
*1.1-*1.3 (aktuell)
*1.4-*1.6 (früher)

Kriterium B:

→ *Mind. 3 pro Woche für mind. 3 Monate*
*3.1-*3.3

Kriterium D:

→ *Ausschluss anderer Schlafstörungen*
*4.2-*4.6

Beschreiben: _____

1.7 Letzte Phase (Mt./J.) von ____ bis ____

*2. Belastung? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*3.1 Beginn: _____ (Mt./J.)

*3.2 Mind. 3 Monate? JA ____ NEIN ____

*3.3 Mind. 3 Tage pro Woche? JA ____ NEIN ____

*4.1 Bei Depressivität? JA ____ NEIN ____

*4.2 Schlafattacken? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*4.3 Schlafapnoe? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*4.4 Restless-Legs-Syndrom? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*4.5 Schlafwandeln? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*4.6 Alpträume? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*5.1 Medikam./Drogen? JA ____ NEIN ____
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*5.2 Symptome bed.? JA ____ NEIN ____

*6. Organ. Ursache? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

7. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)

8.1 Erinnerung? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

8.2 Belastungen? JA ____ NEIN ____
 Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

10. Frühere Phasen? JA ____ NEIN ____
 Daten: _____

Kriterium E:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *5.1, *5.2, *6.
 und differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*
 *9.

Kriterium F:

→ *Komorbide psychische Störungen oder medizinischen Krankheitsfaktoren können die Hypersomnie nicht ausreichend erklären*
 differential-diagn.
 Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Hypersomnie:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ____ NEIN ____	A2: JA ____ NEIN ____
A3: JA ____ NEIN ____	B: JA ____ NEIN ____
C: JA ____ NEIN ____	D: JA ____ NEIN ____
E: JA ____ NEIN ____	F: JA ____ NEIN ____

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum:

Geschichte:

- 1.1 Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)
- 1.2 Alter 1. Rausch: _____ (Mt./J.)
- 1.3 Abstinenz? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Störung durch Alkoholkonsum (F10.x0)

- *1.1 Regelmäßiger Konsum? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Art: _____
Menge: _____
- *1.3 Regelmäßiger Konsum früher? JA ___ NEIN ___
- 1.4 Art: _____
Menge: _____
- *2. Mehr als beabsichtigt? JA ___ NEIN ___
- *3.1 Versuch Konsum reduzieren? JA ___ NEIN ___
- 3.2 Anzahl Versuche: _____
- *4. Zeit für Beschaffung? JA ___ NEIN ___
- *5. Bedürfnis zu trinken? JA ___ NEIN ___
- *6. Verpflichtungen? JA ___ NEIN ___
- *7. Auseinandersetzung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *8. Wichtige Aufgaben? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *9. Körperliche Gefährdung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *10 Konsum fortgesetzt? JA ___ NEIN ___
- *11.1 Größere Menge? JA ___ NEIN ___
- *11.2 Geringerer Effekt? JA ___ NEIN ___
- *12 Entzugssymptome (0-3): Häufigkeit/Schweregrad
- *12.1 Vegetat. Hyperaktivität _____
- *12.2 Erhöhter Handtremor _____
- *12.3 Schlaflosigkeit _____
- *12.4 Übelkeit, Erbrechen _____
- *12.5 Halluzinationen _____
- *12.6 Bewegungsdrang _____
- *12.7 Angstgefühle _____
- *12.8 Grand-mal-Anfälle _____
- *12.9 Andere Substanzen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *12.10 Körp. Bedingung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)

Kriterium A:

→ *Problematischer Alkoholkonsum verursacht klinisch bedeutsamen Leidensdruck, wobei mind. 2 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

und mind. 2 von *2.-*12. sowie Erfüllung von *13.

- *14. Min. 3 Monate Bedürfnis? JA ___ NEIN ___
- *15. Leben in Einrichtung? JA ___ NEIN ___
- 16. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)
- 17.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 17.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung durch Alkoholkonsum:

- Aktuell: o Früher: o
- A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___
 - A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___
 - A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___
 - A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___
 - A9: JA ___ NEIN ___ A10: JA ___ NEIN ___
 - A11: JA ___ NEIN ___
- Alkoholkonsumst., leichtgradig: o (F10.10)
- Alkoholkonsumst., mittelgradig: o (F10.20)
- Alkoholkonsumst., schwergradig: o (F10.30)

- Frühremittiert: o
- Anh. remittiert: o
- Gesch. Umg.: o

Alkoholentzug (F10.23x)

- A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 - C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
- Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsst.: o (F10.239)
- Alkoholentzug, ohne Wahrnehmungsst.: o (F10.232)

Nikotinscreening:

- 1.1 Rauchen aktuell? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.2 Art? _____
- 1.3 Anzahl/Tag? _____
- 1.4 Stärke? _____
- 2.1 Rauchen früher? JA ___ NEIN ___
- 2.2 Anzahl/Tag früher? _____
- 2.3 Stärke früher? _____
- 3. Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)
- 4.1 Versuch Kontrolle? JA ___ NEIN ___

4.2 Häufigkeit? _____

Einstiegsfragen Medikamente und Drogen:

1.1 Medikamente? JA ___ NEIN ___

1.2 Medikamente früher? JA ___ NEIN ___

1.3 Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

1.4 o eigene Verantwortung

o von Arzt verschrieben

2.Art	Häufigk. (0-3)	Dosis	
-------	----------------	-------	--

2.1 Marihuana	_____	_____	_____
---------------	-------	-------	-------

2.2 Kokain	_____	_____	_____
------------	-------	-------	-------

2.3 Opiate	_____	_____	_____
------------	-------	-------	-------

2.4 Halluzinogene	_____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------

2.5 Amphetamine	_____	_____	_____
-----------------	-------	-------	-------

2.6 Schnüffelstoffe	_____	_____	_____
---------------------	-------	-------	-------

2.7 Andere: _____	_____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------

3. Größte Auswirkung: _____

4.1 Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)

4.2 Abstinenz? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Störung durch Substanz-/Medikamentenmissbrauch (F1x.xx)

*1.1 Konsum? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.2 Art: _____

Menge: _____

*1.3 Konsum früher? JA ___ NEIN ___

1.4 Art: _____

Menge: _____

*2.1 Länger als beabsichtigt? JA ___ NEIN ___

*2.2 Länger als beabsichtigt früher? JA ___ NEIN ___

*3.1 Reduktion? JA ___ NEIN ___

3.2 Häufigkeit: _____

*4. Beschaffung? JA ___ NEIN ___

*5. Drang? JA ___ NEIN ___

*6. Verpflichtungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*7. Auseinandersetzung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*8. Vernachlässigung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Kriterium A:

→ *Problematische Konsum einer Substanz oder eines Medikaments, welcher klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 2 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

und mind. 2 von *2.-*12. sowie Erfüllung von *13.

- *9. Körperl. Gefährdung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *10. Konsum fortgesetzt? JA ___ NEIN ___
- *11.1 Größere Menge? JA ___ NEIN ___
- *11.2 Geringerer Effekt? JA ___ NEIN ___
- *12. Kompensation? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
- *14. Mind. 3 M. ohne Probleme? JA ___ NEIN ___
- *15. Leben in Einrichtung? JA ___ NEIN ___
16. Erstmanifestation: _____
- 17.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 17.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

- Aktuell:** o **Früher:** o
- A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___
- A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___
- A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___
- A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___
- A9: JA ___ NEIN ___ A10: JA ___ NEIN ___
- A11: JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

- Störung durch xxx Konsum, leichtgradig: o (F1x.10)
- Störung durch xxx Konsum., mittelgradig: o (F1x.20)
- Störung durch xxx Konsum., schwergradig: o (F1x.30)
- Frühremittiert: o
- Anh. remittiert: o
- Gesch. Umg.: o

Codierung der Substanzen:

- Opioide (F11.xxx)
- Cannabis (F12.xxx)
- Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika (F13.xxx)
- Stimulantien (F14.xxx)
- Koffein (F15.xxx)
- Halluzinogene (F16.xxx)

- Inhalanzen (F18.xxx)
- Andere Substanzen (F19.xxx)

Störung durch Glücksspielen (F63.0)

*1.1 Glücksspiel? JA ___ NEIN ___

1.2 Art: _____

1.3 Orte: _____

1.4 Häufigkeit: _____

*1.5 Glücksspiel früher? JA ___ NEIN ___

*1.6 Zeitraum: _____

1.7 Art früher: _____

1.8 Häufigkeit früher: _____

*2. Gedanken? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*3. Größere Menge? JA ___ NEIN ___

*4. Versuch Kontrollieren? JA ___ NEIN ___

*5. Unruhe? JA ___ NEIN ___

*6. Bel. Gefühle? JA ___ NEIN ___

*7. Verluste? JA ___ NEIN ___

*8.1 Lügen? JA ___ NEIN ___

*8.2 Bez.gefärdung? JA ___ NEIN ___

*9. Geld leihen? JA ___ NEIN ___

*10. Beginn: _____ (Mt./J.)

*11. Mind. 3 M. keine Symptome? JA ___ NEIN ___

*12.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

*12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

17. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Kriterium A:

→ *Problematisches Glücksspielverhalten, welches klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 4 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)
*1.5, *1.6 (früher)
und mind. 4 von *2.-*9.
sowie Erfüllung von *14.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung durch Glücksspielen:

Aktuell: **Früher:**

- | | |
|---|---|
| A1: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | A2: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| A3: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | A4: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| A5: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | A6: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| A7: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | A8: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| A9: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | |

- Episodisch:
- Andauernd:
- Frühremittiert:
- Anh. remittiert:

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (F90.x)

- *1.1. Ablenkbar? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- *1.2 Unruhig? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- *1.3 Situationen: _____
- *1.4 Ablenkbar früher? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- *1.5 Unruhig früher? JA NEIN
 Beschreiben: _____
- *1.6 Situationen: _____

***2. Symptomeinschätzung: (0-3)**

<u>Unaufmerksamkeit:</u>	Häufigkeit	Komment.
*2.1 Flüchtigkeitsf.	_____	_____
*2.2 Konzentration	_____	_____
*2.3 Abwesenheit	_____	_____
*2.4 Dinge beenden	_____	_____
*2.5 Tätigkeiten	_____	_____
*2.6 Vermeiden	_____	_____
*2.7 Verlieren	_____	_____
*2.8 Ablenkbar	_____	_____
*2.9 Vergesslich	_____	_____
<u>Hyperaktivität:</u>	Häufigkeit	Komment.
*2.10 Zappeln	_____	_____
*2.11 Ruhig sitzen	_____	_____
*2.12 Ruhelosigkeit	_____	_____
*2.13 Ruhige Aufg.	_____	_____
*2.14 Bewegungsdrang	_____	_____
*2.15 Rededrang	_____	_____
*2.16 Antworten	_____	_____

Kriterium A:

→ Durchgehende Un-
 aufmerksamkeit und/oder
 Hyperaktivität-Impulsivität,
 welche Funktionsniveau
 oder Entwicklung beein-
 trächtigen
 *1.1-1.3 (aktuell)
 *1.4-1.6 (früher)
 und
 mind. 5 von *2.1-2.9
 und
 mind. 5 von *2.10-2.18

*2.17 Unterbrechen _____

*2.18 Warten _____

*3.1 Erstmanifestation: _____

*3.2 Beginn vor 12. LJ.? JA ___ NEIN ___

*4. Mind. 6 M.? JA ___ NEIN ___

*5. Psychot. Symp.? JA ___ NEIN ___

6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

*7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)

10.1 Hochstimmung/Reizbar? JA ___ NEIN ___

10.2 Schwerere Symptomatik früher? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

**Diagnosekriterien nach DSM-5:
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung:**

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___ E: JA ___ NEIN ___

Gemischt: o (F90.2)

Unaufmerksam: o (F90.0)

Hyperaktiv/Imp.: o (F90.1)

Teilremittiert: o

Borderline-Persönlichkeitsstörung (F63.3)

*1.1 Schwierigkeiten? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*1.2 Impulsivität? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

1.3 Innere Anspannung? JA ___ NEIN ___

*2.1 Angst Trennung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*2.2 Verhalten: _____

*3.1 Beziehungsbeschreibung: _____

Kriterium B:
→ Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität-Impulsivität treten bereits vor dem 12. Lebensjahr auf
*3.1, *3.2

Kriterium C:
→ Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in mind. 2 verschiedenen Lebensbereichen
Beschreibungen überprüfen

Kriterium D:
→ Leidensdruck
*9.

Kriterium E:
→ Ausschl. anderer Störungen
*5. und differential-diagn. Abklärung

*3.2 Trennung verhind.? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.3 Problemat. Bezieh.? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*4.1 Selbstbeschreibung: _____

*4.2 Identifik. problem? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*4.3 Anders als andere? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*5. Schäd. Verhalten? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.1 Suizidandeutung? JA ___ NEIN ___

*6.2 Suizidversuch? JA ___ NEIN ___

*6.3 Selbstverletzung? JA ___ NEIN ___

*7.1 Stimm.schwank.? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.2 Dauer: _____

*7.3 Einige Stunden? JA ___ NEIN ___

*8. Gefühl Leersein? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*9. Wut? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*10.1 Wahn. Gedanken? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*10.2 Unwirklichkeit? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*10.3 Stimmen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*11. Alter: o <18
o 18–25
o >25

12. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

Kriterium A:
 → *Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutlicher Impulsivität. Beginn im frühen Erwachsenenalter, Muster zeigt sich in verschiedenen Alltagssituationen*
 *1.1, *1.2, *11. sowie mind. 5 von *2.1-10.3

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Aktuell: o **Früher:** o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___

A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___

A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___

A9: JA ___ NEIN ___

Sex. Funktionsstörungen:

Screening (Mann):

1. Sex. Probleme? JA ___ NEIN ___
- 2.1 Appetenz JA ___ NEIN ___
- 2.2 Erektionsprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.3 Orgasmusprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.4 Ejaculatio praecox JA ___ NEIN ___
- 2.5 Dyspareunie JA ___ NEIN ___

Sex. Funktionsstörungen:**Screening (Frau):**

1. Sex. Probleme?
- 2.1 Appetenz JA ___ NEIN ___
- 2.2 Erregungsprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.3 Orgasmusprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.4 Dyspareunie JA ___ NEIN ___
- 2.5 Vaginismus JA ___ NEIN ___
3. Beginn: _____ (Mt./J.)
4. Anlass beschreiben: _____
5. Leiden? JA ___ NEIN ___

Psychoscreening:

- 1.1 Halluz. Dinge JA ___ NEIN ___
- 1.2 Halluz. Stimmen JA ___ NEIN ___
- 1.3 Paranoid. Gedank. JA ___ NEIN ___
- 1.4 Sprachschwierigk. JA ___ NEIN ___
- 1.5 Zeitpunkt: _____ (Mt./J.)

Störung durch Spielen von Internetspielen:

- *1.1 Internetspiele? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Alleine ___ Mit anderen _____
- 1.3 Offline ___ Online _____
- 1.4 Plattform: _____
- 1.5 Häufigkeit/Woche: _____
- *1.6 Computerspiele früher? JA ___ NEIN ___
- *1.7 Wann? _____
- 1.8 Plattform früher? _____
- 1.9 Häufigkeit früher: _____
- *2. Gedanken? JA ___ NEIN ___
- *3. Unruhe? JA ___ NEIN ___
- *4. Toleranz? JA ___ NEIN ___
- *5. Reduktion? JA ___ NEIN ___
- *6. Interessenverlust? JA ___ NEIN ___
- *7. Probleme? JA ___ NEIN ___
- Beschreiben: _____

*8. Lügen? JA ___ NEIN ___

*9. Neg. Gefühle? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*10. Beziehungen? JA ___ NEIN ___

*11. Beginn: _____ (Mt./J.)

*12. Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

17. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium A:

→ *Problematisches Spielverhalten von Internetspielen, welches klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 5 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)

*1.6, *1.7 (früher)

und mind. 5 von *2.-*10. sowie Erfüllung von *14

Diagnosekriterien nach DSM-5 (Forschungsdiagnose):

Störung durch das Spielen von Internetspielen:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___	A2: JA ___ NEIN ___
A3: JA ___ NEIN ___	A4: JA ___ NEIN ___
A5: JA ___ NEIN ___	A6: JA ___ NEIN ___
A7: JA ___ NEIN ___	A8: JA ___ NEIN ___
A9: JA ___ NEIN ___	

Suizidale Verhaltensstörung:

1.1 Suizidgedanken? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.2 Wunsch tot zu sein? JA ___ NEIN ___

1.3 Suizidgedanken früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.4 Wunsch tot zu sein früher? JA ___ NEIN ___

2.1 Häufigkeit: _____

2.2 Dauer: _____

2.3 Suizidpläne? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

2.4 Suizidvorbereitungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

2.5 Dinge ausprobieren? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.1 Suizidversuch? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.2 Datum: _____

3.3 Art: _____

3.4 Rettung schwer möglich? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.5 Wunsch zu sterben? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

3.6 Ärztl. Behandlung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.7 Selbstverletzung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.8 politisch/religiöser Hintergrund? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

4. Mehrfache Suizidversuche? JA ___ NEIN ___
Erster Versuch:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

Schwerster Versuch:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

Weitere Versuche:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

Letzer Versuch:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

5. Fähigkeit? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*6.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*7. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Kriterium A:
 → *Mind. 1 Suizidversuch innerhalb der letzten 24 Monate*
 *3.1, *3.2

Kriterium B:
 → *Ausschluss nicht-suizidaler Selbstverletzung*
 *3.7

Kriterium C:
 → *Nicht nur Suizidgedanken*
 *3.5
 und differential-diagn. Abklärung

Kriterium D:
 → *Suizidhandlung nicht im Rahmen eines Deliriums oder Desorientiertheit*
 *6.1, *6.2, *7.
 und differential-diagn. Abklärung

Kriterium E:
 → *Suizidhandlung nicht ausschließlich aus politischen oder religiösen Motiven*
 *3.8

Diagnosekriterien nach DSM-5 (Forschungsdiagnose):**Suizidale Verhaltensstörung:**

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___

Aktuell: Frühremittiert: