

Kinder-DIPS

Open Access

Diagnostisches Interview bei psychischen
Störungen im Kindes- und Jugendalter

Interviewleitfaden

Elternversion

3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Version 08/2018)

Silvia Schneider

Verena Pflug

Tina In-Albon

Jürgen Margraf



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

Verena Pflug, M.Sc.
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Professor Dr. Tina In-Albon
Universität Koblenz-Landau
Klinische Psychologie & Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Ostbahnstraße 12
76829 Landau, Deutschland

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

DOI: Kinder-DIPS: 10.13154/rub.101.90

Interviewleitfaden: Elternversion

Inhaltsverzeichnis

Überblick	10
Allgemeines Screening	13
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung	17
Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	
Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten	22
Störung des Sozialverhaltens	25
Ticstörungen	30
Angststörungen	
Störung mit Trennungsangst	33
Spezifische Phobie	37
Soziale Angststörung (Soziale Phobie)	41
Selektiver Mutismus.....	45
Generalisierte Angststörung	48
Panikanfall	53
Panikstörung.....	55
Agoraphobie	58
Zwangsstörung	62
Traumascreeing	70
Posttraumatische Belastungsstörung	72
Ausscheidungsstörungen	
Enuresis / Enkopresis	77
Depressive Störungen	
Major Depression	80
Persistierende Depressive Störung (Dysthymie).....	86
Disruptive Affektregulationsstörung.....	91
Suizidscreening	94
Schlaf-Wach-Störungen	96

Insomnie.....	97
Hypersomnie.....	100
Alptraum-Störung.....	103
NREM-Parasomnien.....	106
Essstörungen.....	109
Anorexia Nervosa.....	110
Bulimia Nervosa.....	114
Binge-Eating-Störung.....	118
Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch (Screening)	121
Nicht-organische Psychose (Screening)	124
Allgemeine Anamnese.....	125
Frühere psychische Störungen	125
Familiengeschichte psychischer Störungen	125
Medikation	126
Zusammenfassung	128
Geistiger Zustand / Intelligenz	128
Interviewverhalten	128
Notizen	128
Klinische Einschätzungen und Diagnosen	129
Zusammengesetzte Diagnose(aus Kinder- und Elternversion)	131

Vorbemerkung

Expertenvalidierung der diagnostischen Fragen

Die einzelnen Störungssektionen wurden deutschsprachigen Experten vorgelegt. Sie wurden gebeten zu beurteilen, ob die diagnostischen Fragen im Interviewleitfaden die DSM-5 Kriterien sinngemäß erfassen. Falls bedeutsame diagnostische Aspekte fehlten, sollten diese von ihnen angemerkt werden. Außerdem konnten von den Experten wichtige diagnostische oder therapierelevante Fragen ergänzt werden, die über die reine DSM-Diagnostik hinausgehen. Nach Eingang der Rückmeldungen wurde der Interviewleitfaden entsprechend überarbeitet und den Experten erneut vorgelegt. Im Folgenden sind alle Experten, die an der Überarbeitung des Kinder-DIPS für DSM-5 beteiligt waren, und die von ihnen durchgesehenen Störungsbereiche in einer Übersicht aufgeführt.

Störungsbereich	Experten
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	Prof. Dr. Hanna Christiansen, Marburg
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	Prof. Dr. Christina Stadler, Basel
Störung des Sozialverhaltens	Prof. Dr. Christina Schwenck, Gießen
Ticstörungen	Prof. Dr. Veit Rößner, Dresden
Trennungsangst Spezifische Phobie	Prof. Dr. Nina Heinrichs, Braunschweig
Soziale Angststörung Selektiver Mutismus	Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier, Freiburg
Generalisierte Angststörung	Prof. Dr. Eni Becker, Nijmegen

Panikstörung Agoraphobie	Prof. Dr. Georg Alpers, Mannheim
Zwangsstörung	Prof. Dr. Christoph Wewetzer Gunilla Wewetzer, Köln
Posttraumatische Belastungsstörung	Prof. Rita Rosner, Eichstätt Prof. Dr. Lutz Goldbeck, Ulm
Major Depression Dysthymie	Prof. Dr. Martin Hautzinger, Tübingen
Disruptive Affektregulationsstörung	Prof. Dr. Martin Holtmann, Bochum/Hamm
Suizidscreening	Dr. Tobias Teismann, Bochum
Enuresis/Enkopresis	Prof. Dr. Alexander von Gontard, Homburg
Schlaf-Wach-Störungen	Prof. Dr. Angelika Schlarb, Bielefeld
Essstörungen	Prof. Silja Vocks, Osnabrück

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

Mit Buchstaben versehene Fragen: Generell sind Fragen, die an den Patienten gestellt werden, immer kursiv gedruckt. Die Fragen sollen möglichst wortwörtlich übernommen werden. Fragen mit einem Buchstaben sind für die Diagnosestellung nach DSM-5 unabdingbar. Der Buchstabe verweist dabei auf die jeweilige Fragestellung des entsprechenden Diagnosekriteriums.

Hinweise: Hinweise müssen vor dem ersten Gebrauch des Interviews gelesen werden, da diese wichtige Instruktionen für die Interview-Durchführung geben. Für die reliable und valide Durchführung des Interviews wird auf das Handbuch verwiesen.

Symptom- 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.

D 4. *Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Panikanfälle besonders häufig auftreten?*
(Prüfen, ob Panikanfälle nicht besser durch andere Psychische Störungen z.B. Soziale Angststörung oder Spezifische Phobie erklärt werden können.)

Beschreiben:

Falls keine unerwarteten Angstanfälle: weiter zu »Agoraphobie« S. 59.

5. *Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal solch eine unerwartete Angst verspürt?* Alter: _____

C 6.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor es das erste Mal einen Panikanfall hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

C 6.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung in folge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

7. *Gibt es etwas, das den ersten Panikanfall ausgelöst haben könnte?*
War vor dem ersten Panikanfall etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes? JA NEIN

Beschreiben:

8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?*
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) zu Hause? _____
- b) in der Schule/ bei der Arbeit? _____
- c) in der Freizeit? _____
- d) mit Freunden? _____

8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen der Panikanfälle Hilfe?* JA NEIN

57

Copyright © 2017 Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf

PS

Fragen ohne Buchstaben: Diese Fragen sind weiterführende Fragen, die für die Therapie oder für die ICD-Diagnose relevant sein können oder eine genauere Analyse des Problemverhaltens erlauben.

Abkürzungen: Abkürzungen dienen einer schnelleren Orientierung bei der Benutzung des Leitfadens. Eine Abkürzungsübersicht finden Sie auf der folgenden Seite.

Abkürzungen

Ü	Überblick – 10
AS	Allgemeines Screening – 13
AD	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung – 17
SOT	Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten – 22
SDS	Störung des Sozialverhaltens – 25
TS	Ticstörung – 30
STA	Störung mit Trennungsangst – 33
SP	Spezifische Phobie – 37
SA	Soziale Angststörung (Soziale Phobie) – 41
SM	Selektiver Mutismus – 45
GAS	Generalisierte Angststörung – 48
PAN	Panikanfall – 53
PS	Panikstörung – 55
AG	Agoraphobie – 58
ZS	Zwangsstörung – 62
TRS	Traumascreening – 70
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung – 72
ENU	Enuresis/Enkopresis – 77
MD	Major Depression – 80
DS	Persistierende Depressive Störung (Dysthymie) – 86
DAR	Disruptive Affektregulationsstörung – 91

SU	Suizidscreening – 94
IN	Insomnie – 97
HS	Hypersomnie – 100
ALP	Alptraum-Störung – 103
NP	NREM-Parasomnien – 106
AN	Anorexia Nervosa – 110
BN	Bulimia Nervosa –114
BES	Binge-Eating-Störung – 118
AND	Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch (Screening) – 121
PSY	Nicht-organische Psychose (Screening) – 124
ANM	Allgemeine Anamnese – 125
KED	Klinische Einschätzung und Diagnosen – 129
ZD	Zusammengesetzte Diagnose – 131

ÜBERBLICK

Datum: _____ Interviewer/in: _____

Angaben zum Kind:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Das Kind lebt bei: _____ biologischen Eltern

_____ Adoptiv- bzw. Pflegeeltern

_____ sonstigen Erziehungsperson (Wer?) _____

Wer hat das Sorgerecht? _____

Angaben zu den Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

Name (Mutter) _____ Geburtsdatum: _____

Anzahl Schuljahre: _____ Beruf: _____

Berufstätig? **JA** **NEIN**

Name (Vater) _____ Geburtsdatum: _____

Anzahl Schuljahre: _____ Beruf: _____

Berufstätig? **JA** **NEIN**

Familienstand der Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

_____ verheiratet	Frühere Ehen? JA NEIN
_____ ledig	Daten: _____
_____ feste Partnerschaft	Datum _____
_____ getrennt	Datum _____
_____ geschieden	Datum _____
_____ verwitwet	Datum _____
_____ sonstiges	Datum _____

Geschwister:

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

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Wohnsituation:

In was für einer Wohnung lebt Ihr Kind (z.B. Mehr-, Einfamilienhaus)? _____

Wie groß ist die Wohnung? *Anzahl Zimmer:* _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? **JA** **NEIN**

Wo macht Ihr Kind seine Hausaufgaben? _____

Gibt es Kontaktmöglichkeiten zu anderen Kindern in der Nachbarschaft? _____

Das Interview beginnt mit einer kurzen Einführung und einer Erklärung des Zweckes des Interviews. Zunächst sollte eine knappe Beschreibung des Vorstellungsgrundes erfasst werden. In diesem Abschnitt wird vorläufig festgestellt, ob Ängste, Hyperaktivität, depressive Verstimmungen oder andere Probleme vorliegen.

Ich werde Ihnen eine Anzahl von Fragen zu unterschiedlichen Bereichen stellen, in denen Kinder und Jugendliche Schwierigkeiten oder Probleme haben können. Zunächst würde ich gerne einen Überblick darüber bekommen, welche Art von Problemen bei Ihrem Kind in letzter Zeit im Vordergrund stehen. Was waren oder sind seine Hauptschwierigkeiten?

Gab es bei Ihrem Kind in jüngster Zeit (im letzten halben Jahr) Veränderungen oder Schwierigkeiten mit

Familie, Freunden, Klassenkameraden? _____

Schule, Ausbildung, Beruf? _____

Gesundheit? _____

Gesetzlichen Angelegenheiten? _____

ALLGEMEINES SCREENING

Nach dieser kurzen Befragung:

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

Chronische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung

1. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Sehen? Trägt es zur Korrektur eine Brille oder Kontaktlinsen? JA NEIN

2. Hat Ihr Kind Hörprobleme? JA NEIN

- 3.1 Leidet Ihr Kind an einer bestimmten Krankheit (z.B. Asthma, Allergien, Diabetes, Epilepsie, Hauterkrankungen etc.)? JA NEIN
Falls **JA**, bestimmen Sie Art und Dauer der Erkrankung:

- 3.2 An welcher Krankheit leidet Ihr Kind?
Beschreiben:

- 3.3 Seit wann hat Ihr Kind diese Krankheit? Alter: _____

Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung

- 4.1 Geht Ihr Kind gerne in den Turnunterricht? JA NEIN
Falls **NEIN**:
- 4.2 Warum nicht?

- 4.3 Macht Ihr Kind Sport in seiner Freizeit? JA NEIN
Beschreiben:

- 4.4 Bastelt Ihr Kind gerne, macht es gerne Puzzles? JA NEIN
Falls **NEIN**:
- 4.5 Warum nicht?

- 4.6 Passiert es oft, dass Ihr Kind hinfällt oder stolpert? JA NEIN
Beschreiben:

4.7 *Passiert es oft, dass Ihr Kind Gegenstände fallen lässt?* JA NEIN

Beschreiben:

4.8 *Fällt es Ihrem Kind schwer, schön zu schreiben, z.B. auf einer Linie oder in den dafür vorgesehenen Kästchen?* JA NEIN

4.9 *Denken Sie, dass Ihr Kind ungeschickter ist als gleichaltrige Kinder, z.B. im Turnunterricht, beim Basteln oder beim Schreiben?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 4.9: weiter zu »Kommunikationsstörungen«.

4.10 *Ist Ihr Kind dadurch schlechter in der Schule/bei der Arbeit?* JA NEIN

4.11 *Fühlt Ihr Kind sich dadurch eingeschränkt in seinem Leben, z.B. in der Schule/ bei der Arbeit, in seiner Freizeit, im Umgang mit seinen Freunden?* JA NEIN

Kommunikationsstörungen

5.1 *Fällt Ihrem Kind das Sprechen schwer?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 5.1: weiter zu Frage 5.3.

5.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihrem Kind das Sprechen schwer fiel?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 5.1 und 5.2: weiter zu Schulschwierigkeiten.

Falls das Kind noch nicht in die Schule geht: weiter zu Frage 7.1.

5.3 *Wenn Ihrem Kind das Sprechen schwer fällt,*

a) *kommt es dann vor, dass es stottert?* JA NEIN

b) *kommt es dann vor, dass ihm die Worte nicht einfallen?* JA NEIN

c) *hat es dann Mühe, ganze Sätze zu bilden?* JA NEIN

d) *versteht es dann Worte oder Sätze nicht, die gleichaltrige Kinder verstehen?* JA NEIN

e) *hat es dann Mühe, Wörter richtig auszusprechen?* JA NEIN

5.4 *In welchen Situationen kommt es vor, dass Ihr Kind diese Probleme mit dem Sprechen hat?*

Beschreiben:

5.5 *Seit wann hat Ihr Kind Probleme mit dem Sprechen?* **Alter:** _____

5.6 *Wie lange dauerten diese Probleme an?*

Beschreiben:

5.7 *Ist Ihr Kind dadurch schlechter in der Schule/bei der Arbeit?* **JA NEIN**

5.8 *Spricht Ihr Kind dadurch weniger mit anderen Kindern oder Erwachsenen?* **JA NEIN**

Falls das Kind noch nicht in die Schule geht: weiter zu Frage 7.1.

Schulschwierigkeiten

Angaben zur Schule:

6.1 *Was für eine Schulform besucht Ihr Kind?* Schulform: _____

6.2 *In welche Klasse geht Ihr Kind?* Schulklasse: _____

6.3 *Ist Ihr Kind schon einmal Sitzengeblieben?* **JA NEIN**

Falls **JA**, in welcher Klasse: _____

6.4 *Geht Ihr Kind gerne in die Schule?* **JA NEIN**

Falls **NEIN**, aus welchen Gründen? _____

6.5 *Fehlt Ihr Kind regelmäßig in der Schule (einzelne Schulstunden oder ganze Tage)?* **JA NEIN**

Falls NEIN bei 6.5, weiter zu Frage 6.7.

6.6 *Geht Ihr Kind nicht mehr zur Schule,*

a) *weil es dort vor bestimmten Dingen oder Personen (Lehrern, Klassenkameraden) Angst hat?* **JA NEIN**

b) *weil es Angst hat vor einer Trennung von Ihnen oder sonstigen Bezugspersonen? (Störung mit Trennungsangst abklären)* **JA NEIN**

c) *weil es Angst hat, sich im Unterricht zu melden, vor der Klasse etwas zu sagen oder vor Prüfungen? (Soziale Angststörung abklären)* **JA NEIN**

d) *weil es keine Lust hat und lieber etwas anderes machen möchte (z.B. Computer spielen, sich mit Freunden treffen ...)? (Externalisierende Störungen abklären)* **JA NEIN**

e) *weil es müde, erschöpft, antriebslos oder traurig ist? (Depressive Störungen abklären)* **JA NEIN**

f) *sonstige Gründe* _____

6.7 *Fällt Ihrem Kind das Rechnen schwerer als gleichaltrigen Kindern?* JA NEIN

Beschreiben:

6.8 *Fällt Ihrem Kind das Schreiben schwerer als gleichaltrigen Kindern?* JA NEIN

Beschreiben:

6.9 *Fällt Ihrem Kind das Lesen schwerer als gleichaltrigen Kindern?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls NEIN bei 6.7–6.9: weiter zu Frage 7.1.

6.10 *Ist Ihr Kind dadurch schlechter in der Schule?* JA NEIN

6.11 *Hat Ihr Kind deswegen Förderunterricht oder ähnliches bekommen?* JA NEIN

Beschreiben:

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft, der Geburt und der frühkindlichen Entwicklung

7.1 *Gab es während der Schwangerschaft oder bei der Geburt Ihres Kindes Auffälligkeiten oder Komplikationen?* JA NEIN

Falls **JA**:

7.2 *Welcher Art?*

Beschreiben:

7.3 *Gab es in der frühkindlichen Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten?* JA NEIN

Falls **JA**:

7.4 *Welcher Art?*

Beschreiben:

Hinweis: Bezüglich der hier aufgeführten Problembereiche werden weitere, spezifische fachärztliche (z.B. Sehschwäche) bzw. testpsychologische (z.B. Sprachentwicklungstests) Abklärungen benötigt, um eine genaue Diagnose stellen zu können.

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- / HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

F90 Hyperkinetische Störungen

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zum Verhalten Ihres Kindes stellen.

- A 1.1 *Fällt es Ihrem Kind im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in seinem Alter oft schwer, aufmerksam zu sein, lässt es sich leicht z.B. von Dingen um sich herum ablenken?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Ist Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in seinem Alter oft sehr unruhig/ungeduldig, kann es z.B. nicht still sitzen bleiben, muss es sich ständig bewegen, kann es nicht abwarten, bis es an der Reihe ist?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.3 *In welchen Situationen kommt es vor, dass Ihr Kind so unaufmerksam/unruhig ist (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der es Ihrem Kind im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in seinem Alter oft schwer fiel, aufmerksam zu sein, ließ es sich z.B. von Dingen um sich herum ablenken?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.5 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in seinem Alter oft sehr unruhig/ungeduldig war, konnte es z.B. nicht still sitzen bleiben, musste es sich ständig bewegen, konnte es nicht abwarten, bis es an der Reihe war?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.6 *In welchen Situationen kam es vor, dass Ihr Kind so unaufmerksam/unruhig war (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.5: weiter zu »Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten« S. 22.

- A 2. *Ich werde Ihnen jetzt einige Beispiele nennen und Sie dann fragen, ob diese für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

- | | | | Häufigkeit |
|-------|--|--|------------|
| a) | <u>Unaufmerksamkeit</u> | | |
| A 2.1 | <i>Wenn Ihr Kind z.B. Schulaufgaben macht, macht es da Flüchtigkeitsfehler?</i> | | _____ |
| A 2.2 | <i>Fällt es Ihrem Kind schwer, sich länger auf ein Spiel oder eine Aufgabe zu konzentrieren?</i> | | _____ |
| A 2.3 | <i>Kommt es vor, dass Ihr Kind nicht zuhört, wenn Sie oder andere Personen mit ihm sprechen?</i> | | _____ |
| A 2.4 | <i>Bringt Ihr Kind Dinge nicht zu Ende, z.B. Schulaufgaben, Erledigungen, die Sie ihm aufgetragen haben?</i> | | _____ |
| A 2.5 | <i>Wechselt Ihr Kind sehr schnell von einem Spiel zum anderen oder bei den Schulaufgaben von einer Aufgabe zur anderen, ohne dass es das erste Spiel/ die erste Aufgabe beendet hat?</i> | | _____ |
| A 2.6 | <i>Geht Ihr Kind Spielen oder Aufgaben aus dem Weg, bei denen es aufmerksam sein muss, z.B. Schulaufgaben?</i> | | _____ |
| A 2.7 | <i>Verliert Ihr Kind Gegenstände, die es zum Spielen oder auch für die Schule braucht, z.B. Spielsachen, Hefte, Stifte?</i> | | _____ |
| A 2.8 | <i>Wird Ihr Kind sehr leicht durch andere Dinge abgelenkt, z.B. wenn es andere Kinder draußen spielen sieht oder durch Geräusche?</i> | | _____ |
| A 2.9 | <i>Ist Ihr Kind vergesslich, vergisst es z.B. Aufgaben, die es am Tag eigentlich noch erledigen wollte?</i> | | _____ |

b) Hyperaktivität /Impulsivität

Hyperaktivität

A 2.10 *Zappelt Ihr Kind, z.B. mit den Händen oder Füßen, oder rutscht auf dem Stuhl herum?* _____

A 2.11 *Kann Ihr Kind nur schwer sitzen bleiben, wenn es von ihm verlangt wird, z.B. in der Schule oder am Tisch?* _____

A 2.12 *Läuft Ihr Kind hin und her oder klettert es auf Möbel, z.B. Stühle, wenn es eigentlich ruhig sein sollte, z.B. in der Schule oder beim Essen? (für Jugendliche: Fühlt Ihr Kind sich ruhelos?)* _____

A 2.13 *Kann Ihr Kind nur schwer ruhig spielen/einem Hobby nachgehen?* _____

A 2.14 *Bewegt Ihr Kind sich insgesamt viel mehr, als es Ihnen oder anderen Menschen recht ist?* _____

A 2.15 *Redet Ihr Kind mehr, als es Ihnen oder seinen Lehrern recht ist?* _____

Impulsivität

A 2.16 *Platzt Ihr Kind mit einer Antwort heraus, bevor die Frage vollständig gestellt ist?* _____

A 2.17 *Kann Ihr Kind beim Spielen/ bei einer Tätigkeit oder in einer Gruppe nur schwer abwarten, bis es an der Reihe ist?* _____

A 2.18 *Kommt es vor, dass Ihr Kind andere Kinder stört oder unterbricht, z.B. beim Spielen oder Reden?* _____

Falls weniger als 6 Symptome (5 Symptome bei ≥ 17 Jahre) bei a) **oder** b) erfüllt sind: weiter zu »Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten« S. 22.

B 3.1 *Seit wann fällt es Ihrem Kind schwer (...)?* **Alter:** _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

B 3.2 *Begann das vor dem Alter von 12 Jahren?* **JA NEIN**

A 4. *Dauern diese Schwierigkeiten seit mindestens 6 Monaten an?* **JA NEIN**

5. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- C 6.1 *Ist Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten in der Schule/ im Kindergarten schlechter geworden?* **JA** **NEIN**
- C 6.2 *Hat Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten oft Ärger oder Streit mit*
- a) *Ihnen?* **JA** **NEIN**
 - b) *seinen Freunden?* **JA** **NEIN**
 - c) *seinen Lehrern?* **JA** **NEIN**
 - d) *anderen Leuten? (Wenn ja, mit wem?)* **JA** **NEIN**
- D 7.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Kann es z.B. Dinge nicht mehr tun, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ im Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

7.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

8.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

8.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Bei diesem Störungsbild empfiehlt es sich neben der DSM-5 und ICD-10 Diagnostik eine testpsychologische Untersuchung zu Intelligenz, Leistung und Entwicklung durchzuführen. Weitere Hinweise dazu finden sich z.B. bei Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000) oder Lauth & Schlottke (2002).

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Typus:

Mischtypus

Vorwiegend Unaufmerksamer Typus

Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus

Verlauf:

Teilremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

STÖRUNG MIT OPPOSITIONELLEM TROTZVERHALTEN

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigen Verhalten

Jedes Kind ist irgendwann einmal trotzig oder zum Streiten aufgelegt. Wie ist das bei Ihrem Kind?

- A 1.1 *Kommt es bei Ihrem Kind häufig vor, dass es ärgerlich oder gereizt ist, sich viel mit anderen streitet oder sich an anderen rächen möchte?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.2 *Wann verhält Ihr Kind sich so?*

- a) *Nur zu Hause gegenüber Eltern/Geschwistern* _____
b) *Nur in der Schule/ im Kindergarten* _____
c) *Überall* _____

Hinweis: Es kommt bei dieser Störung häufig vor, dass das symptomatische Verhalten nur zu Hause bei den Eltern auftritt, nicht aber in der Schule, gegenüber Lehrern oder Gleichaltrigen. Nach DSM-5 darf sich das Verhalten nicht nur auf ein Geschwisterkind beschränken, sondern muss darüber hinaus noch bei mindestens einer anderen Person gezeigt werden.

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der es bei Ihrem Kind sehr häufig vorkam, dass es ärgerlich oder gereizt war, sich viel mit anderen gestritten hat oder sich an anderen rächen wollte?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.4 *Wann verhielt Ihr Kind sich so?*

- a) *Nur zu Hause gegenüber Eltern/Geschwistern* _____
b) *Nur in der Schule/ im Kindergarten* _____
c) *Überall* _____

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Störung des Sozialverhaltens« S. 25.

- A 2. *Ich werde Ihnen jetzt einige Beispiele nennen und Sie dann fragen, ob diese für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

Häufigkeit

- A 2.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind schnell wütend wird?* _____
- A 2.2 *Ist Ihr Kind reizbar oder lässt es sich leicht von anderen verärgern?* _____
- A 2.3 *Kommt es vor, dass Ihr Kind verärgert und beleidigt ist?* _____
- A 2.4 *Kommt es vor, dass Ihr Kind sich mit Erwachsenen streitet?* _____
- A 2.5 *Widersetzt Ihr Kind sich Regeln/Aufforderungen, die Erwachsene ihm geben, z.B. bei der Mithilfe im Haushalt?* _____
- A 2.6 *Tut Ihr Kind mit Absicht etwas, was andere Personen verärgert?* _____
- A 2.7 *Wenn ihr Kind einen Fehler macht, schiebt es dann die Schuld auf andere?* _____
- A 2.8 (1) *Kommt es vor, dass Ihr Kind boshaft ist, anderen extra schadet und sich darüber auch freut? (mindestens zweimal innerhalb der letzten 6 Monate)* _____
 (2) *Kommt es vor, dass Ihr Kind nachtragend ist, kann es z.B. nicht vergessen, was jemand anderes ihm getan hat und möchte es ihm heimzahlen? (mindestens zweimal innerhalb der letzten 6 Monate)* _____

Falls weniger als vier Symptome erfüllt sind: weiter zu »Störung des Sozialverhaltens« S. 25.

- A 3. *Seit wann ist es so, dass Ihr Kind oft (...)?* **Alter:** _____
- A 4. *Dauern diese Schwierigkeiten seit mind. 6 Monaten an?* **JA NEIN**

Hinweis: Nach DSM-5 muss bei unter 5-jährigen Kindern das Verhalten an den meisten Tagen und bei älteren Kindern mindestens einmal pro Woche über die 6 Monate hinweg auftreten.

5. *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

B 6.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____
b) *in der Schule/ im Kindergarten?* _____
c) *in der Freizeit?* _____
d) *mit Freunden?* _____

B 6.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

B 6.3 *Wie stark leiden Sie oder das soziale Umfeld des Kindes darunter?* _____

7.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

7.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 8.

8. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die
eben besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS

F91 Störungen des Sozialverhaltens

- A 1.1 *Ist Ihr Kind sehr aggressiv, gewalttätig gegenüber anderen Personen, in Schlägereien verwickelt, stiehlt es, macht es Dinge von anderen kaputt oder schwänzt es die Schule?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind sehr aggressiv, gewalttätig gegenüber anderen Personen war, in Schlägereien verwickelt war, stahl, Dinge von anderen kaputt gemacht hat oder häufig weglief?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Ticstörungen« S. 30.

- A 2. *Ich werde Ihnen jetzt einige Beispiele nennen und Sie dann fragen, ob diese für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

Häufigkeit

- a) Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

- A 2.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind andere Menschen tyrannisiert, ihnen z.B. droht, sie einschüchtert oder sie anders belästigt?* _____

- A 2.2 *Hat Ihr Kind schon öfters Schlägereien angefangen?* _____

- A 2.3 *Hat Ihr Kind schon einmal von einer Waffe (z.B. Messer, Schlagstock) Gebrauch gemacht, z.B. bei einer Schlägerei?* _____

Beschreiben (Welche Waffe?):

- A 2.4 *Ist Ihr Kind schon einmal körperlich grausam gegenüber anderen Menschen gewesen, hat Ihr Kind diese z.B. geschlagen, getreten oder bespuckt obwohl sie sich nicht wehren konnten?* _____

Beschreiben:

A 2.5 *Hat Ihr Kind schon einmal Tiere gequält?* _____

Beschreiben:

A 2.6 *Hat Ihr Kind andere Personen bestohlen, wenn diese dabei waren (Überfall, Erpressung, Taschendiebstahl)?* _____

Beschreiben:

A 2.7 *Hat Ihr Kind schon einmal jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen obwohl er/sie das nicht wollte?* _____

Beschreiben:

b) Zerstörung von Eigentum

A 2.8 *Hat Ihr Kind schon einmal irgendwo ein Feuer gelegt mit der Absicht Schaden anzurichten?* _____

Beschreiben:

A 2.9 *Kommt es vor, dass Ihr Kind Sachen, die anderen gehören, absichtlich beschädigt oder kaputt macht?* _____

Beschreiben:

c) Betrug oder Diebstahl

A 2.10 *Hat Ihr Kind schon einmal eingebrochen, z.B. in fremde Wohnungen, andere Gebäude oder in Autos?* _____

Beschreiben:

A 2.11 *Kommt es vor, dass Ihr Kind nicht die Wahrheit sagt, um dadurch einen Vorteil zu haben, z.B. um sich vor den Hausaufgaben zu drücken, Geld zu bekommen, nicht bestraft zu werden, weil es etwas angestellt hat? (Betroffene/r tut dies nicht, um körperliche oder sexuelle Misshandlung abzuwenden)* _____

Beschreiben:

A 2.12 *Hat Ihr Kind schon einmal etwas gestohlen oder sich angeeignet, was von erheblichem Wert war, z.B. Ladendiebstahl oder durch Fälschung?* _____

Beschreiben:

d) Schwere Regelverstöße

A 2.13 *Kommt es vor, dass Ihr Kind über Nacht von zu Hause fort bleibt, obwohl Sie es ihm nicht erlaubt haben?* _____

Falls **JA**: *War das bevor es 13 Jahre alt war?* **JA** **NEIN**

A 2.14 *Ist es schon einmal vorgekommen, dass Ihr Kind von zu Hause weggelaufen ist und dann nachts nicht mehr nach Hause zu Ihnen (anderen Bezugspersonen) zurückgekehrt ist?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Um als erfülltes Kriterium zu gelten, muss dies schon mindestens zwei Mal für eine Nacht vorgekommen sein oder einmal für länger.

A 2.15 *Kommt es vor, dass Ihr Kind nicht zur Schule/zur Arbeit geht? (außer Krankheit, Urlaub, Ängste etc.)* _____

Falls **JA**: *Warum?* _____
(Trennungsangst/Schulphobie ausschließen)

War das bevor es 13 Jahre alt war? **JA** **NEIN**

Falls die für die Diagnose erforderlichen Symptome nicht erfüllt sind: weiter zu »Ticstörungen« S. 30.

3.1 *Seit wann ist es so, dass Ihr Kind (...)?* **Alter:** _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

3.2 *War mindestens ein Verhalten schon so da, bevor Ihr Kind 10 Jahre alt war?* **JA** **NEIN**

A 4.1 *Sind mindestens drei der von Ihnen bestätigten Beispiele innerhalb eines Jahres aufgetreten?* **JA** **NEIN**

A 4.2 *Ist mindestens eines der von Ihnen bestätigten Beispiele innerhalb eines halben Jahres aufgetreten?* **JA** **NEIN**

5. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- A 6. *Hat Ihr Kind durch sein Verhalten Ärger mit Ihnen, der Schule oder der Polizei bekommen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- B 7.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 7.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 8.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

- 8.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Beginn:

Typ mit Beginn in der Kindheit

Typ mit Beginn in der Adoleszenz

Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn

Zusatzkodierungen:

Mit Reduzierter Prosozialer Emotionalität

Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein

Gefühlskälte – Mangel an Empathie

Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung

Oberflächlicher oder mangelnder Affekt

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

TIC-STÖRUNGEN

F95 Tic-Störungen

F95.0 Vorübergehende Ticstörung

F95.1 Chronische motorische oder vokale Ticstörung

F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind plötzlich und immer wieder Bewegungen macht, die es eigentlich gar nicht machen möchte (z.B. Blinzeln, ruckartige Bewegungen des Kopfes, Gesichtszuckungen, Mundaufsperrn, Schulterzucken, Bein-zucken, Aufstampfen, Trippelschritte)?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob eine oder mehrere solche Bewegungen vorkommen und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

- A 1.2 *Kommt es vor, dass Ihr Kind plötzlich und immer wieder Geräusche macht, die es eigentlich gar nicht machen möchte (z.B. Grunzen, Fiepen, Schnauben oder Laute)?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob ein oder mehrere solche Geräusche vorkommen und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind plötzlich und immer wieder Bewegungen machte, die es eigentlich gar nicht machen wollte?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob eine oder mehrere solche Bewegungen vorgekommen sind und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind plötzlich und immer wieder Geräusche machte, die es eigentlich gar nicht machen wollte?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob ein oder mehrere solche Geräusche vorkommen und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Störung mit Trennungsangst« S. 33.

C 2. *Seit wann tritt das bei Ihrem Kind auf?* **Alter:** _____

Dauer für Tourette-Störung/Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung:

B 3.1 *Zeigt sich das Verhalten bereits seit länger als einem Jahr?* **JA NEIN**

Falls **JA**:

B 3.2 *Gab es in dieser Zeit eine Phase, in der das Verhalten nicht aufgetreten ist?* **JA NEIN**

Falls **JA**:

B 3.3 *Dauerte diese Phase länger als 2 Monate an?* **JA NEIN**

Dauer für vorläufige Tic-Störung:

B 4. *Zeigt sich das Verhalten seit weniger als einem Jahr?* **JA NEIN**

5. *Merkt Ihr Kind irgendetwas, bevor solche Bewegungen/Geräusche vorkommen?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Kinder jünger als 10 Jahre bemerken die Tics oft selber nicht und berichten selten über sogenannte sensomotorische Vorgefühle.

6. *Kommt das auch vor, wenn Ihr Kind schläft?* **JA NEIN**

7.1 *Nimmt das bei Ärger, Freude zu?* **JA NEIN**

7.2 *Nimmt das nach Nasen-Rachen-Infekten zu?* **JA NEIN**

8. *Nimmt das ab, wenn Ihr Kind sich ganz und gar auf andere Dinge konzentriert, z.B. Computerspiele, Schulunterricht, Sport?* **JA NEIN**

Beschreiben:

9. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert in seinem Leben?* **JA NEIN**

Beschreiben:

D 10.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor das begann?* **JA NEIN**

Beschreiben:

D 10.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**

Beschreiben:

11.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit/ im Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

11.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

12.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

12.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 13.

13. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die
eben besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu verschiedenen Ängsten stellen, die Kinder und Jugendliche haben können.

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- A 1.1 *Hat Ihr Kind große Angst, sich von Ihnen oder anderen Bezugspersonen zu trennen (z.B. wenn es zum Kindergarten oder zur Schule gehen soll, oder wenn es einmal woanders als zu Hause schlafen soll)?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind große Angst hatte, sich von Ihnen (anderen Bezugspersonen) zu trennen?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Spezifische Phobie« S. 37.

- A 2. *Ich werde Ihnen jetzt einige Beispiele nennen und Sie dann fragen, ob diese für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie oft bzw. wie stark Ihr Kind gewisse Situationen meidet.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit bzw. den Schweregrad der Symptome und das Ausmaß der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet	vermeidet	vermeidet	vermeidet
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft/immer

Wie stark ist die Angst Ihres Kindes vor Situationen wie:

Wie oft vermeidet Ihr Kind Situationen wie:

		Angst	Vermeidung
A	2.1	Leidet Ihr Kind, wenn es von Ihnen getrennt wird oder getrennt werden könnte (ist es unglücklich, traurig, hat es Angst, schreit es, wird es wütend)?	_____
A	2.2	(1) Sorgt Ihr Kind sich darum, dass es Sie verlieren könnte, dass Sie z.B. weggehen und nicht wieder kommen, oder dass Sie sterben?	_____
		(2) Sorgt Ihr Kind sich darum, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?	_____
A	2.3	Hat Ihr Kind Angst, ein schlimmes Ereignis (z.B. ein Unfall, eine Entführung) könnte es von Ihnen trennen?	_____
A	2.4	(1) Geht Ihr Kind ungern in die Schule, weil es lieber zu Hause oder bei Ihnen bleiben möchte?	_____
		(2) Geht Ihr Kind ungern an andere Orte (z.B. zu Freunden), weil es lieber zu Hause bei Ihnen bleiben möchte?	_____
A	2.5	(1) Ist Ihr Kind ungern alleine zu Hause ohne Sie?	_____
		(2) Ist Ihr Kind ungern an anderen Orten (z.B. bei Freunden) ohne Sie oder ohne eine andere wichtige Bezugsperson?	_____
A	2.6	(1) Möchte Ihr Kind, dass Sie am Abend, wenn es schlafen geht, solange bei ihm sind, bis es eingeschlafen ist?	_____
		(2) Steht Ihr Kind nachts auf und kommt zu Ihnen?	_____
		(3) Schläft es ungern auswärts, z.B. bei Freunden?	_____
A	2.7	Träumt Ihr Kind davon, dass es von Ihnen getrennt ist oder getrennt werden könnte?	_____
A	2.8	Hat Ihr Kind Kopfweh, Bauchschmerzen oder ist ihm übel, wenn es sich von Ihnen trennen soll (z.B. wenn es in die Schule muss oder auf eine Klassenfahrt soll)?	_____
	2.9	Wenn Ihr Kind von Ihnen getrennt ist, muss es dann immer wieder bei Ihnen anrufen und nachfragen, ob alles in Ordnung ist oder ob sie bald nach Hause kommen?	_____

Falls weniger als 3 Symptome bei 2.1–2.8 erfüllt sind: weiter zu »Spezifische Phobie« S. 37.

B 3.1 *Seit wann hat Ihr Kind diese Angst, sich von Ihnen zu trennen oder alleine zu sein?* Alter: _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

3.2 *Hatte es diese Angst schon, bevor es 6 Jahre alt war?* JA NEIN

B 4.1 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Angst bei Ihrem Kind gedauert hat?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 4.2 explizit stellen:

B 4.2 *Dauert diese Angst mindestens 4 Wochen an?* JA NEIN

5. *Als diese Angst begann, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
Beschreiben:

C 6.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ im Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

C 6.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

7.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Angst Hilfe?* JA NEIN

7.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Angst Hilfe?* JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 8.

8. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochene Angst stärker ausgeprägt war?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SPEZIFISCHE PHOBIE

F40.2 Spezifische Phobie

F93.1 Phobische Störung des Kindesalters

- A 1.1 *Gibt es bestimmte Dinge, vor denen sich Ihr Kind fürchtet (z.B. Tiere, mit dem Flugzeug fliegen, Gewitter, Dunkelheit, Arzt/Zahnarzt, Spritzen, laute Geräusche, verkleidete Personen)?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Gibt es bestimmte Dinge, die Ihr Kind absichtlich vermeidet (z.B. bestimmte Tiere, mit dem Flugzeug fliegen, Wasser, laute Geräusche, Schule, verkleidete Personen)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der sich Ihr Kind vor bestimmten Dingen fürchtete?* JA NEIN

Beschreiben:

- 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind bestimmte Dinge vermieden hat?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Soziale Angststörung« S. 41.

- A, C 2. *Ich werde Ihnen jetzt einige Dinge oder Situationen nennen und Sie dann fragen, wie sehr Ihr Kind sich davor fürchtet und wie oft Ihr Kind diese vermeidet.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß der Angst und der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet	vermeidet	vermeidet	vermeidet
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft/immer

Wie stark ist die Angst Ihres Kindes vor Situationen wie:

Wie oft vermeidet Ihr Kind Situationen wie:

	Angst	Vermeidung
a) <u>Tier Typus:</u>		
A, C 2.1 <i>Bestimmte Tiere</i> (Wenn ja, welche?)	_____	_____
b) <u>Umwelt-Typus:</u>		
A, C 2.2 <i>Höhen</i> (z.B. auf einen Turm steigen)	_____	_____
A, C 2.3 <i>Unwetter</i> (z.B. Gewitter, Stürme)	_____	_____
A, C 2.4 <i>Wasser</i> (z.B. Seen, Meer)	_____	_____
A, C 2.5 <i>Dunkelheit</i>	_____	_____
c) <u>Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus:</u>		
A, C 2.6 <i>Blut oder Verletzungen bei ihm selber</i>	_____	_____
A, C 2.7 <i>Blut oder Verletzungen bei anderen</i>	_____	_____
A, C 2.8 <i>Spritzen</i>	_____	_____
d) <u>Situativer Typus:</u>		
A, C 2.9 <i>Mit dem Flugzeug fliegen</i>	_____	_____
A, C 2.10 <i>Autofahren/Busfahren</i>	_____	_____
A, C 2.11 <i>Enge, geschlossene Räume, Tunnel</i>	_____	_____
A, C 2.12 <i>Fahrstühle</i>	_____	_____
e) <u>Anderer Typus:</u>		
A, C 2.13 <i>Geister</i>	_____	_____
A, C 2.14 <i>Laute Geräusche</i> (z.B. Feuerwerk, Schüsse)	_____	_____
A, C 2.15 <i>Untersuchungen beim Arzt/Zahnarzt</i>	_____	_____
A, C 2.16 <i>Verkleidete Personen</i>	_____	_____
A, C 2.17 <i>Erbrechen</i>	_____	_____
A, C 2.18 <i>Sonstiges?</i> _____	_____	_____

Falls keine Angst oder Vermeidung bei 2.1–2.18 angegeben wird: weiter zu »Soziale Angststörung« S. 41.

Die weiteren Fragen sind bezüglich der zwei Situationen zu stellen, die die stärkste Angst bzw. Vermeidung hervorrufen.

1. _____ 2. _____

B 3. *Hat Ihr Kind die Angst fast jedes Mal, wenn es (...) begegnet?* **JA** **NEIN**

E 4. *Ist die Angst Ihres Kindes vor (...) stärker als es angemessen wäre?* JA NEIN

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

E 5.1 *Seit wann hat Ihr Kind diese Angst vor (...)?* Alter: _____

E 5.2 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Angst bei Ihrem Kind gedauert hat?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 5.3 explizit stellen:

E 5.3 *Dauerte diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* JA NEIN

6. *Als diese Angst anfang, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
Beschreiben:

7.1 *War Ihr Kind krank, als diese Angst begann?* JA NEIN
Beschreiben:

7.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN
Beschreiben:

Hinweis: Falls hier Hinweise auf Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftauchen, sollte die Diagnose »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

G 8.1 *Wenn Ihr Kind diese Angst hat, hat es dann Gefühle/Empfindungen wie, z.B. Erröten, Zittern, unangenehmes Gefühl im Bauch, Übelkeit, Herzklopfen, Schwitzen (Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder situationsbegünstigten Panikanfalls)?* JA NEIN
Beschreiben:

A 8.2 *Wenn Ihr Kind diese Angst hat, weint es dann, hat es Wutanfälle, erstarrt es oder klammert es sich an jemanden an?* JA NEIN
Beschreiben:

F 9.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ im Kindergarten/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

F 9.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

10.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Angst Hilfe?* **JA** **NEIN**

10.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Angst Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen
die eben besprochene Angst stärker ausgeprägt war?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE)

F40.1 Soziale Phobie

F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

- A 1.1 *Ist Ihr Kind oft ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist und von diesen beobachtet oder bewertet werden könnte (z.B. wenn es mit fremden Kindern/Jugendlichen sprechen soll, einen Vortrag hält, vor anderen isst)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.2 *Tritt diese Angst auch auf, wenn es mit Kindern und Jugendlichen zusammen ist und nicht nur bei Erwachsenen?* JA NEIN

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind oft ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt war, wenn es mit anderen Menschen zusammen war und von anderen beobachtet oder bewertet werden konnte (z.B. wenn es mit fremden Kindern/Jugendlichen sprechen sollte, einen Vortrag hielt, vor anderen aß)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.4 *Trat diese Angst auch auf, wenn Ihr Kind mit anderen Kindern und Jugendlichen zusammen war und nicht nur bei Erwachsenen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Selektiver Mutismus« S. 45.

- B 2. *Befürchtet Ihr Kind in solchen Situationen, dass es etwas Peinliches tun oder sagen könnte, so dass andere schlecht von ihm denken oder dass es andere kränken könnte?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.: weiter zu »Selektiver Mutismus« S. 45.

A, D 3. *Ich werde Ihnen jetzt einige Situationen nennen und Sie dann fragen, wie sehr Ihr Kind sich davor fürchtet und wie oft es die Situationen vermeidet, weil es mit Fremden zusammen ist oder von anderen beobachtet/bewertet wird und etwas Peinliches sagen oder tun könnte.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala für jede Situation das Ausmaß der Angst und der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet nie/selten	vermeidet manchmal	vermeidet oft	vermeidet sehr oft/immer

Wie sehr fürchtet sich Ihr Kind in folgenden Situationen, weil es mit fremden Leuten zusammen ist oder weil es beobachtet/ bewertet wird und etwas Peinliches sagen oder tun könnte:

Wie oft vermeidet es Situationen wie:

	Angst	Vermeidung	Kommentare
A, D 3.1 <i>Geburtstagsfeste/ Parties</i>	_____	_____	_____
A, D 3.2 <i>In der Schulklasse etwas sagen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.3 <i>Den Lehrer/die Lehrerin fragen, wenn es etwas nicht verstanden hat</i>	_____	_____	_____
A, D 3.4 <i>Essen mit anderen Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.5 <i>Vor einer Gruppe sprechen (z.B. Gedicht)</i>	_____	_____	_____
A, D 3.6 <i>Vor anderen schreiben (z.B. in der Schule etwas an die Tafel schreiben, Schulaufgaben machen, etwas ausfüllen)</i>	_____	_____	_____
A, D 3.7 <i>Treffen/Spielen mit anderen Kindern/Jugendlichen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.8 <i>Mit fremden Erwachsenen sprechen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.9 <i>Mit Autoritätspersonen sprechen (z.B. Arzt, Lehrer)</i>	_____	_____	_____

A, D 3.10 *Selbtsicher sein, z.B.*

(1) *Nein sagen, wenn es etwas nicht tun möchte, was andere Kinder/ Jugendliche von ihm verlangen (z.B. etwas ausleihen)*

(2) *andere bitten, ihr Verhalten zu ändern. (z.B. aufhören, es zu plagen/zu ärgern)*

A, D 3.11 *Vor der Schulklasse geprüft werden*

A, D 3.12 *Andere Situationen*

a) _____

b) _____

Falls keine Angst oder Vermeidung bei 3.1–3.12 angegeben wird: weiter zu »Selektiver Mutismus« S. 45.

Die weiteren Fragen sind bezüglich der Situation zu stellen, die die stärkste Angst bzw. Vermeidung hervorruft.

C 4.1 *Hat Ihr Kind die Angst fast jedes Mal, wenn es (...) erlebt?* JA NEIN

C 4.2 *Wenn Ihr Kind diese Angst hat, weint es dann, hat es Wutanfälle, ist es dann ganz starr vor Angst, zieht es sich zurück oder spricht dann nicht mehr?* JA NEIN

Beschreiben:

E 5. *Ist die Angst Ihres Kindes in diesen Situationen stärker als es angemessen wäre?* JA NEIN

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

F 6.1 *Seit wann hat Ihr Kind diese Angst?* Alter: _____

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 6.2 explizit stellen:

F 6.2 *Dauert diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* JA NEIN

H 7.1 *Als diese Angst anfang, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN

Beschreiben:

H 7.2 *War Ihr Kind krank, als diese Angst begann?* JA NEIN

Beschreiben:

H 7.3 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls hier Hinweise auf Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftauchen, sollte die Diagnose »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

G 8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in seinem Leben eingeschränkt?
Kann es z.B. Dinge nicht mehr tun, die es früher getan hast oder die andere
Kinder/Jugendliche in seinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit/ im Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

G 8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* JA NEIN

9.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Ihr Kind die eben besprochene Angst stärker hatte?* JA NEIN

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:
Nur in Leistungssituationen

SELEKTIVER MUTISMUS

F94.0 Selektiver Mutismus

- A 1.1 *Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind gar nicht spricht, obwohl dies erwartet wird (z.B. in der Schule, wenn andere Kinder/Jugendliche dabei sind, wenn es um bestimmte Themen geht)?* JA NEIN

Falls **JA**:

- A 1.2 *Was für Situationen sind das?*

Beschreiben:

- A 1.3 *Gibt es daneben Situationen, in denen Ihr Kind ganz normal spricht?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.3: weiter zu Frage 2.1.

- A 1.4 *Gab es jemals Situationen, in denen Ihr Kind gar nicht sprach, obwohl dies erwartet wurde?* JA NEIN

Falls **JA**:

- A 1.5 *Was für Situationen waren das?*

Beschreiben:

- A 1.6 *Gab es daneben Situationen, in denen Ihr Kind ganz normal sprach?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.4: weiter zu »Generalisierte Angststörung« S. 48.

- B 2.1 *Ist Ihr Kind dadurch schlechter in der Schule, als dass man es aufgrund seiner Fähigkeiten erwarten würde?* JA NEIN

- B 2.2 *Spricht Ihr Kind dadurch weniger mit anderen Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen?* JA NEIN

- 3.1 *Ist Ihr Kind sehr schüchtern (anhänglich, zieht es sich oft zurück) und möchte alleine sein?* JA NEIN

Beschreiben:

- 3.2 *Ist Ihr Kind oft sehr wütend, ärgerlich oder trotzig?* JA NEIN

Beschreiben:

4. *Seit wann ist es so, dass Ihr Kind in den genannten Situationen nicht spricht?*

Alter: _____

C 5. *Dauerte das mindestens einen Monat an?*

JA NEIN

Hinweis: Die Sprechunfähigkeit darf sich nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränken.

D 6. *Können Sie mir sagen, warum Ihr Kind dann nicht spricht?
Liegt es daran, dass es die Sprache nicht versteht oder sich in der Sprache nicht wohl fühlt?*

JA NEIN

Beschreiben:

7. *Bevor Ihr Kind nicht mehr gesprochen hat, ist da etwas Besonderes passiert in seinem Leben?*

JA NEIN

Beschreiben:

8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?*

JA NEIN

9.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?*

JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

F41.1 Generalisierte Angststörung

F93.80 Generalisierte Angststörung des Kindesalters

- A 1.1 *Hat Ihr Kind häufig Ängste oder macht es sich Sorgen über ganz verschiedene Dinge, vielleicht mehr als eigentlich nötig wäre?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Falls die Eltern als eine hauptsächliche Quelle der Angst Ihres Kindes Anspannungen oder Befürchtungen nennen, die in Erwartung von Angstanfällen oder der Konfrontation mit phobischen Situationen entstehen, z.B. »Ich befürchte, einen Angstanfall zu bekommen; Ich mache mir Sorgen, sobald ich weiß, dass ich eine Brücke zu überqueren habe«, zusätzlich fragen:

- A 1.2 *Gibt es andere bestimmte Dinge als (...), die bei Ihrem Kind Spannungsgefühle, Angst oder Sorge hervorrufen?*

Beschreiben:

Falls JA:

- B 1.3 *Fällt es Ihrem Kind schwer, die Sorgen zu kontrollieren (abzustellen, einzuschränken)?* **JA NEIN**

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind häufig Ängste und Sorgen wegen ganz verschiedenen Dingen hatte, vielleicht mehr als eigentlich nötig gewesen wären?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- B 1.5 *Gab es andere bestimmte Dinge als (...), die bei Ihrem Kind Spannungsgefühle, Angst oder Sorge hervorgerufen haben?*

Beschreiben:

Falls JA:

- B 1.6 *Fiel es Ihrem Kind schwer, die Sorgen zu kontrollieren (abzustellen, einzuschränken)?* **JA NEIN**

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

A, B 2. *Ich werde Ihnen jetzt verschiedene Lebensbereiche nennen und Sie dann fragen, wie stark Ihr Kind sich darüber Ängste/Sorgen macht und wie schwierig es für Ihr Kind ist, diese Sorgen zu kontrollieren.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß und die Kontrollierbarkeit der Ängste/Sorgen ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
keine	leichte	starke	sehr starke
Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten

Wie stark hat Ihr Kind Ängste/Sorgen?

Wie schwer fällt es Ihrem Kind, die Sorgen zu kontrollieren (abzustellen, einzuschränken)?

Ausprägung Unkontrollierbarkeit
der Sorgen

A, B 2.1 *Familie (z.B. dass ihm oder seiner Familie etwas passiert)* _____

A, B 2.2 *Leistung in Schule/Ausbildung, Sport (z.B. alles richtig Zu machen, gut zu sein)* _____

A, B 2.3 *Alltägliche Dinge (z.B. pünktlich zu sein, nichts zu vergessen)* _____

A, B 2.4 *Soziale Themen (z.B. dass andere es nicht mögen)* _____

A, B 2.5 *Eigene Gesundheit* _____

A, B 2.6 *Gesundheit nahe stehender Personen* _____

A, B 2.7 *Weltgeschehen (z.B. Kriege, Naturkatastrophen, Unfälle)* _____

A, B 2.8 *Sonstiges?* _____

Beschreiben:

Falls eindeutig keine Hinweise auf übermäßige/unkontrollierbare Angst und Sorge: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

3. *Seit wann hat Ihr Kind diese Ängste/Sorgen?* **Alter:** _____

4. *Wenn Ihr Kind diese Ängste/Sorgen hat, an wie vielen Tagen pro Woche ist das? Hat Ihr Kind dann jeden Tag, an der Mehrzahl der Tage oder nur an einigen wenigen Tagen Ängste/Sorgen?*

Mehrzahl der Tage / Woche: **JA** **NEIN**

A 5.1 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Ängste/dieses Sorgenmachen bei Ihrem Kind gedauert haben?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 5.2 explizit stellen:

A 5.2 *Hat Ihr Kind mindestens ein halbes Jahr lang an der Mehrzahl der Tage unter diesen Ängsten/Sorgen gelitten?* **JA** **NEIN**

C 6. *Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von Gefühlen/Empfindungen nennen und Sie dann fragen, ob sie für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der typischen Symptome während der Ängste/Sorgen ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Schweregrad

Wenn Ihr Kind diese Ängste/Sorgen hat:

C 6.1 *Ist Ihr Kind ruhelos oder ständig auf dem Sprung?* _____

C 6.2 *Ist Ihr Kind müde und erschöpft?* _____

C 6.3 *Hat Ihr Kind Mühe, sich zu konzentrieren oder das Gefühl, dass sein Kopf leer ist?* _____

C 6.4 *Ist Ihr Kind gereizt/schlecht gelaunt?* _____

C 6.5 *Hat Ihr Kind verspannte Muskeln?* _____

C 6.6 *Hat Ihr Kind Probleme mit dem Schlafen?* _____

Beschreiben:

Falls kein Symptom bei 6.1–6.6 erfüllt ist: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

C 7.1 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Gefühle/Empfindungen bei Ihrem Kind gedauert haben?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 7.2 explizit stellen:

- C 7.2 *Hatte Ihr Kind diese Gefühle/Empfindungen während des letzten halben Jahres an der Mehrzahl der Tage?* JA NEIN
- F 8. *Hat Ihr Kind diese Ängste/Sorgen nur, wenn es*
- a) *sehr traurig ist?* JA NEIN
 - b) *sehr ärgerlich oder gereizt ist?* JA NEIN
 - c) *Dinge, die es sonst gerne tut, nicht mehr tun will?* JA NEIN
9. *Wenn Ihr Kind diese Ängste/Sorgen hat, muss es dann bei Ihnen oder seinen Lehrern immer wieder nachfragen, ob alles in Ordnung (z.B. Pünktlichkeit, Gesundheit usw.) ist?* JA NEIN
- E 10. *Als diese Ängste/dieses Sorgenmachen anfang, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
Beschreiben:
- E 11.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor dies begann?* JA NEIN
Beschreiben:
- E 11.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN
Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Fragen mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

- D 12.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/ Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- D 12.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 13.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Ängste/Sorgen Hilfe?* JA NEIN

13.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Ängste/Sorgen Hilfe?*

JA **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Ängste/Sorgen stärker ausgeprägt waren?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

PANIKANFALL

Nach dem DSM-5 ist ein Panikanfall keine kodierbare Diagnose. Diagnostiziert wird die spezifische Diagnose, innerhalb der Panikanfälle auftreten. Nach dem DSM-5 können Panikanfälle im Rahmen von allen Angststörungen oder auch anderen psychischen Störungen z.B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Störung auftreten.

- 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommt oder ihm ganz unwohl wird? Evtl. weiter erläutern: Solche Angstzustände können ganz unerwartet auftreten, sie können aber auch in Situationen auftreten, vor denen Ihr Kind sich fürchtet, z.B. bei bestimmten Tieren, wenn Ihr Kind alleine ist, wenn es in der Klasse etwas sagen soll.*

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekam oder ihm ganz unwohl wurde?*

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

2. *Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von Gefühlen/Empfindungen nennen und Sie dann fragen, ob sie für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der typischen Symptome während eines Panikanfalls ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wenn Ihr Kind diese Angst hat, hat es dann üblicherweise Gefühle/Empfindungen wie:

Schweregrad

- | | | |
|-----|--|-------|
| 2.1 | <i>Herzklopfen, -rasen, -stolpern</i> | _____ |
| 2.2 | <i>Schwitzen</i> | _____ |
| 2.3 | <i>Zittern oder Beben</i> | _____ |
| 2.4 | <i>nur schwer oder gar nicht atmen zu können</i> | _____ |
| 2.5 | <i>Erstickungsgefühle</i> | _____ |

- 2.6 *Schmerzen oder unangenehmes, beklemmendes Gefühl in der Brust* _____
- 2.7 *Bauchschmerzen, unangenehmes Gefühl im Bauch oder Übelkeit* _____
- 2.8 *Schwindel, Unsicherheit oder der Ohnmacht nahe zu sein* _____
- 2.9 *warm oder kalt am ganzen Körper* _____
- 2.10 *Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen, als wenn Hände oder Füße einschlafen würden* _____
- 2.11 *dass alles um es herum nicht wirklich ist und es nicht dazu gehört, als wenn es neben sich stehen würde* _____
- 2.12 *Angst, Kontrolle zu verlieren oder durchzudrehen* _____
- 2.13 *Angst zu sterben* _____
- 2.14 *trockener Mund* _____

Hinweis: Falls keine vier Symptome genannt wurden, die Symptome des schwersten Anfalls in einem zweiten Schritt erfragen.

3. *Wie lange dauert es dann, bis diese Angst ganz stark ist* **Minuten:** _____

Falls der Angstgipfel nie innerhalb von wenigen Minuten erreicht wurde und weniger als 4 Symptome genannt wurden: weiter zu »Agoraphobie« S.58.

4. *Wann bzw. wo treten die Panikanfälle auf (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 5.

5. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Panikanfälle stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

PANIKSTÖRUNG

F41.0 Panikstörung

Die Fragen zur Panikstörung sind nur zu stellen, wenn das Kind bzw. der Jugendliche Panikanfälle hat oder zu einem früheren Zeitpunkt hatte.

- A 1.1 *Treten die Panikanfälle meistens unerwartet, aus heiterem Himmel auf?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der die Panikanfälle meistens unerwartet, aus heiterem Himmel auftraten?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

2. *Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Kind solche unerwarteten Panikanfälle hat*
a) *pro Tag?* _____
b) *pro Woche?* _____

- B 3.1 *Hat Ihr Kind schon einmal nach einem der unerwarteten Panikanfälle*
a) *anhaltende Sorgen gehabt, dass weitere Angstanfälle auftreten könnten?* JA NEIN

- b) *sich darüber gesorgt, was der Anfall wohl bedeuten könnte, z.B. dass es die Kontrolle verliert, durchdreht oder einen Herzinfarkt bekommt?* JA NEIN

- c) *sich wegen des Panikanfalls anders verhalten als es das bis dahin getan hat, z.B. sich geschont, keine koffeinhaltigen Getränke mehr getrunken, wie z.B. Cola?* JA NEIN

- B 3.2 *Erinnern Sie sich, wie lange das bei Ihrem Kind gedauert hat?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 3.3 explizit stellen:

- B 3.3 *Dauerte das mindestens 1 Monat an?* JA NEIN

Falls keines dieser drei Symptome a), b) oder c) mindestens vier Wochen andauerte: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

- D 4. *Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Panikanfälle besonders häufig auftreten?*
(Prüfen, ob Panikanfälle nicht besser durch andere Psychische Störungen z.B. Soziale Angststörung oder Spezifische Phobie erklärt werden können.)

Beschreiben:

Falls keine unerwarteten Angstanfälle: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

5. *Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal solch eine unerwartete Angst verspürt?* **Alter:** _____

- C 6.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor es das erste Mal einen Panikanfall hatte?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- C 6.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

7. *Gibt es etwas, das den ersten Panikanfall ausgelöst haben könnte?*
War vor dem ersten Panikanfall etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes? **JA NEIN**

Beschreiben:

- 8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?*
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- 8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen der Panikanfälle Hilfe?* **JA NEIN**

- 9.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen der Panikanfälle Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Panikanfälle stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

AGORAPHOBIE

F40.0 Agoraphobie

- A 1.1 *Gibt es bestimmte Situationen oder Orte, vor denen Ihr Kind Angst hat oder die es nicht gerne aufsucht (z.B. Kinos, Geschäfte, Menschenmengen, mit dem Bus fahren, Brücken, Schlange stehen)?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 1.4.

Falls **JA**:

- B 1.2 *Befürchtet Ihr Kind, dass es keine Hilfe bekommen könnte, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) auftreten würden?* **JA NEIN**

- B 1.3 *Befürchtet Ihr Kind, dass es schwierig oder peinlich sein könnte von diesem Ort wegzugehen, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) auftreten würden?* **JA NEIN**

Falls JA bei 1.1–1.3: weiter zu Frage 2.1.

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind vor bestimmten Situationen oder Orten Angst hatte oder an die es nicht gegangen ist (z.B. Kinos, Geschäfte, Menschenmengen, mit dem Bus fahren, Brücken, Schlange stehen)?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- B 1.5 *Hat Ihr Kind befürchtet, dass es keine Hilfe bekommen könnte, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) aufgetreten wären?* **JA NEIN**

- B 1.6 *Hat Ihr Kind befürchtet, dass es schwierig oder peinlich sein könnte von diesem Ort wegzugehen, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) aufgetreten wären?* **JA NEIN**

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.4: weiter zu »Zwangsstörungen« S. 62.

- D 2.1 *Gibt es bestimmte Personen, mit denen Ihr Kind sich sicher fühlt?* **JA NEIN**

Falls **JA**:

2.2 Wer? _____

A, D 3. Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von Situationen nennen und Sie dann fragen, wie viel Angst Ihr Kind in diesen Situationen hat, wenn es sie alleine, also ohne dass jemand dabei ist, aufsucht. Weiter werde ich Sie fragen, wie oft Ihr Kind solche Situationen vermeidet.

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß der Angst und Vermeidung, die auftritt, wenn der Patient die genannten Situationen alleine aufsucht, ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet	vermeidet	vermeidet	vermeidet sehr oft/immer
nie/ keine Flucht	manchmal	oft/ muss begleitet werden	sucht Situationen nicht einmal mit »sicherer« Person auf

Wie sehr fürchtet sich Ihr Kind vor Dingen oder Situationen wie:

Wie oft vermeidet Ihr Kind Situationen wie:

Macht es einen Unterschied, wenn Ihr Kind von einer Person begleitet wird?

	Angst	Vermeidung	Mit Bezugsperson	Kommentar
<u>Öffentliche Verkehrsmittel</u>				
A, D 3.1 im Auto mitfahren	_____	_____	_____	_____
A, D 3.2 Flugzeug	_____	_____	_____	_____
A, D 3.3 Bus, Zug, U-Bahn etc.	_____	_____	_____	_____
<u>Offene Plätze</u>				
A, D 3.4 Große, offene Plätze z.B. Parks	_____	_____	_____	_____
A, D 3.5 Brücken	_____	_____	_____	_____
<u>Geschlossene Plätze</u>				
A, D 3.6 Kinos, Theater etc.	_____	_____	_____	_____
A, D 3.7 Fahrstühle	_____	_____	_____	_____
A, D 3.8 Kaufhäuser/Einkaufszentren	_____	_____	_____	_____
A, D 3.9 Geschäfte/Supermärkte	_____	_____	_____	_____
A, D 3.10 Geschlossene enge Räume, Tunnel	_____	_____	_____	_____
A, D 3.11 Restaurants	_____	_____	_____	_____

Menschenansammlung

A, D 3.12 *Volle Spielplätze/
Menschenmengen* _____

A, D 3.13 *Schlange stehen* _____

Alleine draußen sein

A, D 3.14 *Weit weg von zu Hause sein* _____

A, D 3.15 *Zu Fuß gehen (wie weit?)* _____

A, D 3.16 *Sonstiges?* _____

Beschreiben:

Wenn keine Hinweise auf Angst oder Vermeidung dieser Situationen bestehen weiter zu »Zwangsstörung« S. 62.

Bei einer Agoraphobie sind 2 oder mehr Bereiche betroffen. Falls nur eine oder wenige spezifische Situationen betroffen sind, sollte alternativ die Diagnose »Spezifische Phobie« erwogen werden. Falls sich die Angst oder Vermeidung nur auf soziale Situationen bezieht, sollte alternativ die Diagnose »Soziale Angststörung« erwogen werden.

C 4. *Hat Ihr Kind die Angst fast jedes Mal, wenn es in diesen Situationen (...) ist?* **JA NEIN**

Beschreiben:

E 5. *Ist die Angst Ihres Kindes in diesen Situationen stärker als es angemessen wäre?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

F 6.1 *Seit wann hat Ihr Kind diese Ängste?* **Alter:** _____

F 6.2 *Dauert diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* **JA NEIN**

6.3 *Begannen die Ängste, nachdem Ihr Kind einmal unerwartet Angst bekommen hat (plötzlicher Panikanfall)?* **JA NEIN**

Falls **JA**, klären Sie ab, ob die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt sind.

H 7.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor es das erste Mal in einer der oben genannten Situationen Angst hatte?* **JA NEIN**

Beschreiben:

H 7.2 *Nahm es bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eine organische Erkrankung vorliegt, weiter mit Frage 7.3:

H 7.3 *Sind die Gefühle/Empfindungen bzw. ist die Angst stärker als man aufgrund seiner Erkrankung erwarten würde?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit NEIN beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

G 8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

G 8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Ängste Hilfe?* JA NEIN

9.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Ängste Hilfe?* JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Ängste/Vermeidung stärker ausgeprägt waren?* JA NEIN

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

ZWANGSSTÖRUNG

F42 Zwangsstörung

A1. ZWANGSGEDANKEN

- A1 1.1 *Hat Ihr Kind manchmal unsinnige oder übertriebene Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die es als belastend oder quälend erlebt? (z.B. Sorgen, sich mit Krankheiten oder Bakterien anzustecken, Gedanken daran, ob Türen oder Fenster verschlossen oder Geräte abgeschaltet sind, den Drang, sich selbst oder anderen etwas anzutun, magisches Denken, wie z.B. der Gedanke, wenn ich auf eine Linie trete, könne jemand sterben).* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 1.7.

- A1 1.2 *Belasten diese Gedanken Ihr Kind?* JA NEIN

- A1 1.3 *Empfindet Ihr Kind diese Gedanken zumindest zeitweise als aufdringlich und unangemessen?* JA NEIN

- A1 1.4 *Kommen sie immer wieder?* JA NEIN

- A1 1.5 *Hat Ihr Kind Mühe, sie aus dem Kopf zu vertreiben?* JA NEIN

- A1 1.6 *Führt dies dazu, dass Ihr Kind sich unwohl fühlt (d.h. Gefühle von z.B. Angst, Ekel, Anspannung)?* JA NEIN

Falls JA bei 1.1 und 1.2–1.6: weiter zu Frage 2.

- A1 1.7 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind manchmal unsinnige oder unvernünftige Gedanken, Impulse oder Vorstellungen hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.7: weiter zu »Zwangshandlungen«.

- A1 1.8 *Störten diese Gedanken Ihr Kind?* JA NEIN

- A1 1.9 *Empfand Ihr Kind diese Gedanken zumindest zeitweise als aufdringlich und unangemessen?* JA NEIN

- | | | | | |
|----|------|--|-----------|-------------|
| A1 | 1.10 | <i>Kamen sie immer wieder?</i> | JA | NEIN |
| A1 | 1.11 | <i>Hatte Ihr Kind Mühe, sie aus dem Kopf zu vertreiben?</i> | JA | NEIN |
| A1 | 1.12 | <i>Führte dies dazu, dass Ihr Kind sich ängstlich und unwohl fühlte?</i> | JA | NEIN |

Falls eindeutig NEIN bei 1.8–1.12: weiter zu »Zwangshandlungen«.

Spezifizieren Sie jeweils den Inhalt der Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, auch wenn die Informationen bereits oben erhoben wurden.

Was für Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind das?

- | | | | | |
|----|-----|---|-----------|-------------|
| A1 | 2.1 | <i>Kontrolle (kontrolliert Ihr Kind z.B., ob es die Türen verschlossen hat, Geräte ausgeschaltet hat oder Aufgaben genau erfüllt hat?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.2 | <i>Verunreinigung (hat Ihr Kind z.B. Angst, sich durch Anfassen von Türgriffen, auf der Toilette etc. zu verschmutzen, Bakterien aufzulesen?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.3 | <i>Sinnlose Gedanken (wiederholt Ihr Kind im Kopf z.B. immer wieder Worte, Zahlen, Lieder etc.?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.4 | <i>Sinnlose Impulse (hat Ihr Kind z.B. den Drang, in der Öffentlichkeit herumzuschreien, laut auszurufen?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.5 | <i>Aggressive Impulse (hat Ihr Kind z.B. den Drang, andere zu verletzen oder Dinge zu zerstören?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.6 | <i>Versehentliche Verletzungen anderer (hat Ihr Kind z.B. Angst, jemanden zu vergiften oder zu verletzen)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.7 | <i>Sexuelle Gedanken und Impulse (hat Ihr Kind z.B. den Gedanken homosexuell oder transsexuell sein zu können oder übertriebene Sorge vor normalen sexuellen Funktionen, z.B. Erektion)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.8 | <i>Religiöse Impulse (hat Ihr Kind z.B. Angst, Gott zu lästern?)</i> | JA | NEIN |
| A1 | 2.9 | <i>Sonstige? _____</i> | JA | NEIN |

Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangsgedanken: weiter zu »Zwangshandlungen«.

3.1 Wenn Ihr Kind diesen Gedanken/diese Vorstellung hat, wie sehr glaubt es, dass sie wahr sind?

0	1	2	3
gar nicht	etwas	eher	voll und ganz

Frage 3.2 nur stellen bei Impulsen und handlungsbezogenen Zwangsgedanken:

3.2 Wie stark glaubt Ihr Kind, dass es das wirklich tun wird?

0	1	2	3
gar nicht	etwas	eher	voll und ganz

A1 4.1 Versucht Ihr Kind (...) zu unterdrücken oder abzuschwächen, indem es sich selbst andere Dinge sagt oder etwas anderes denkt? **JA NEIN**

Beschreiben:

A1 4.2 Versucht Ihr Kind (...) zu unterdrücken, indem es andere Dinge tut, sich mit etwas anderem beschäftigt? **JA NEIN**

Beschreiben:

4.3 Vermeidet Ihr Kind bestimmte Situationen (z.B. Betreten eines bestimmten Zimmers, Schulbesuch, weil sie (...) auslösen könnten)? **JA NEIN**

Beschreiben:

4.4 Macht Ihr Kind bestimmte Dinge nicht, wie z.B. bestimmte Gegenstände anfassen, weil sie (...) auslösen könnten? **JA NEIN**

Beschreiben:

5. Denkt Ihr Kind (zumindest zeitweise), dass seine Gedanken/Impulse/Vorstellungen übertrieben oder unsinnig sind? **JA NEIN**

B 6. Verwendet Ihr Kind mehr als eine Stunde am Tag für (...)? **JA NEIN**

B 7.1 Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) zu Hause? _____
- b) in der Schule/ bei der Arbeit? _____
- c) in der Freizeit? _____
- d) mit Freunden? _____

B 7.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

8.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

8.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Probleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

A2. ZWANGSHANDLUNGEN

- A2 1.1 *Muss Ihr Kind ein bestimmtes Verhalten immer wiederholen?
Zum Beispiel, dass es immer wieder seine Hände waschen muss
oder Dinge zählen muss oder beten muss oder etwas wiederholt
kontrollieren muss (z.B. ob die Tür zu ist oder der Herd aus ist)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A2 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind ein bestimmtes Verhalten
immer wiederholen musste, obwohl es das eigentlich nicht wollte
und dies als unsinnig empfand?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei A2, 1.1 und 1.2: weiter zu »Traumascreening« S. 70.

Falls NEIN bei Frage A2, 1.1 und 1.2 und wenn Kriterien für Zwangsgedanken erfüllt sind:
weiter zu Frage 13.

Spezifizieren Sie jeweils die Handlungen, auch wenn die Informationen bereits oben erhoben wurden.

Was muss Ihr Kind tun?

- A2 2.1 *Zählen (zählt Ihr Kind z.B. bestimmte Buchstaben, Nummern
oder andere Objekte in der Umgebung?)* JA NEIN
- A2 2.2 *Kontrollieren (kontrolliert Ihr Kind z.B. Fenster, Türen, Geräte etc.?)* JA NEIN
- A2 2.3 *Waschen (wäscht sich Ihr Kind immer wieder die Hände oder
hat es einen bestimmten Ablauf beim Waschen?)* JA NEIN
- A2 2.4 *Sammeln (sammelt Ihr Kind z.B. belanglose Gegenstände wie z.B.
Kaugummipapier?)* JA NEIN
- A2 2.5 *Berühren (berührt Ihr Kind immer wieder Dinge z.B. Tippen auf den
Tisch oder Streichen über den Stuhl?)* JA NEIN
- A2 2.6 *Internes Wiederholen (wiederholt Ihr Kind z.B. immer wieder Wörter,
Redewendungen, Gebete etc.?)* JA NEIN

- A2 2.7 *Externes Wiederholen (geht Ihr Kind z.B. mehrmals nacheinander denselben Weg?)* JA NEIN
- A2 2.8 *Festhalten an bestimmten Regeln oder Abfolgen (hat Ihr Kind z.B. Rituale, bestimmte Routinen bei alltäglichen Aktivitäten, stellt es Symmetrien her: wie z.B. die symmetrische Ausrichtung von Bleistiften?)* JA NEIN
- A2 2.9 *Sonstiges? _____* JA NEIN

Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangshandlungen: weiter zu »Traumascreening« S. 70.

- 3.1. *Wenn Ihr Kind diese Ängste/Sorgen hat, muss es dann immer wieder andere fragen, ob alles in Ordnung ist?* JA NEIN
- A2 3.2 *Dient (...) dazu, extrem unangenehme Gefühle zu verhindern oder abzuschwächen z.B. Gefühle von Angst oder Ekel?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.1 *Versucht Ihr Kind, (...) nicht zu machen? Hat Ihr Kind am Anfang versucht, (...) nicht zu machen?* JA NEIN
- 4.2 *Vermeidet Ihr Kind bestimmte Situationen, weil sie dazu führen könnten, dass es (...) immer wieder tun muss?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.3 *Macht Ihr Kind bestimmte Dinge nicht wie z.B. Gegenstände anfassen, weil sie dazu führen könnten, dass es (...) immer wieder tun muss?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.4 *Müssen andere Menschen Dinge für Ihr Kind tun, damit es selbst nicht in Kontakt mit (...) kommt (z.B. Gegenstände umstellen)?* JA NEIN
Beschreiben:
5. *Wie belastet (z.B. ängstlich, angespannt oder ärgerlich fühlt sich Ihr Kind, wenn es (...) nicht macht oder nicht machen kann?*
- | | | | |
|-----------|-----------|-------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar nicht | ein wenig | stark | sehr stark |
6. *Was denkt Ihr Kind, was passieren würde, wenn es (...) nicht machen würde?*
Beschreiben:
7. *Denkt Ihr Kind (zumindest zeitweise), dass sein Verhalten übertrieben oder unsinnig ist?* JA NEIN

B 8. *Verwendet Ihr Kind mehr als eine Stunde am Tag für (...)?* **JA** **NEIN**

B 9.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

B 9.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

10.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen diesem Verhalten Hilfe?* **JA** **NEIN**

10.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen diesem Verhalten Hilfe?* **JA** **NEIN**

11. *Zu welchen Problemen führt dieses Verhalten?*

Beschreiben:

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 12.

12. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen
das eben besprochene Verhalten stärker ausgeprägt war?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Falls die Patienten die Kriterien der Zwangsstörung nicht erfüllen, weiter zu:
»Traumascreening « S. 70.

13. *Wann hat Ihr Kind dies zum ersten Mal bemerkt?* **Alter:** _____

14. *Als es anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

C 15.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor dies begann?* JA NEIN

Beschreiben:

C 15.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Fragen mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

Traumascreening

Bei den nun folgenden Fragen geht es um traumatische Ereignisse. Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, kann es schwer fallen, über das traumatische Erlebnis zu sprechen. Mir ist es daher wichtig, Sie vorab zu informieren, dass wir nicht im Detail besprechen, was passiert ist. Vielmehr geht es bei den folgenden Fragen darum zu erfahren, ob Ihr Kind so etwas schon einmal erlebt hat und wie es Ihrem Kind als Folge des Ereignisses ergangen ist.

Hat Ihr Kind jemals eines der folgenden Ereignisse selbst durchlebt, bei anderen beobachtet oder hat erfahren, dass ein solches Ereignis einer nahestehenden Person passiert ist?

- | | | |
|---|----|------|
| 1.1 Überfall, Bedrohung
(z.B. Schläge, Prügel, Angriff mit einem Messer oder Schusswaffe) | JA | NEIN |
| 1.2 Ernsthafte Körperverletzung | JA | NEIN |
| 1.3 Schwere Unfall (z.B. Verkehrsunfall) | JA | NEIN |
| 1.4 Naturkatastrophe (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) | JA | NEIN |
| 1.5 Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung | JA | NEIN |
| 1.6 Schwere Verletzung, Bedrohung oder Tod einer nahestehenden Person | JA | NEIN |
| 1.7 Anderes belastendes Ereignis
(z.B. Aufenthalt in Kriegsgebiet, belastende medizinische Behandlung) | JA | NEIN |

Falls kein traumatisches Ereignis genannt wird (NEIN bei 1.1 – 1.7): weiter zu „Enuresis/ Enkopresis“ S. 77

- 1.8 Wie alt war Ihr Kind, als dieses Ereignis bzw. diese Ereignisse passiert sind?

Erstes Ereignis:	Alter: _____
Weitere Ereignisse:	Alter: _____
Letztes Ereignis:	Alter: _____

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

Falls mehr als ein traumatisches Ereignis genannt wurde, weiter zu Frage 1.9. Sonst weiter zu 1.10.

1.9 *Welches der genannten Erlebnisse war für Ihr Kind am schlimmsten?*

Beschreiben:

Bitte beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf das Erlebnis, das für Ihr Kind am schlimmsten war.

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

JA NEIN

1.11 *Hat Ihr Kind das genannte Ereignis selbst erlebt, bei einer anderen Person beobachtet oder davon auf anderem Wege erfahren (z. B. durch Sie oder einen Polizisten, wenn das Ereignis einer nahestehenden Person widerfahren ist)?*

Beschreiben:

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Hinweis: Diese Kriterien beziehen sich auf Kinder und Jugendliche ab 7 Jahren.

Ich werde Ihnen jetzt eine Reihe von Symptomen nennen und Sie dann fragen, ob sie für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie oft bzw. wie stark.

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit bzw. den Schweregrad der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

nie/selten	manchmal	oft	sehr oft
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Weiter müssen Beginn und Dauer der Symptome geklärt werden. Dazu kann z.B. gefragt werden: »Wie bald nach dem Erlebnis trat das auf? Wie lange dauerte dies an? «

Spezifizieren Sie:

Beginn:

Die Symptome treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis auf.

Die Symptome treten 6 Monate nach dem Ereignis auf.

Dauer:

Die Symptome dauern mindestens 1 Monat an.

B, F 2. Wiedererleben des Ereignisses (mindestens 1 Symptom)

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
<i>Nachdem das Erlebnis passiert war,</i>			
B, F 2.1 (1) <i>Hatte Ihr Kind immer wieder aufdringliche Bilder, Gedanken oder Erinnerungen von dem Erlebnis im Kopf?</i>	_____	_____	_____
(2) <i>Hat Ihr Kind Teile von dem Erlebnis immer wieder nachgespielt?</i>	_____	_____	_____
B, F 2.2 (1) <i>Hat Ihr Kind von dem Erlebnis geträumt?</i>	_____	_____	_____
(2) <i>Hat es Angstträume gehabt?</i>	_____	_____	_____

B, F 2.3 *Hat Ihr Kind sich so verhalten oder hatte es das Gefühl, als ob das Erlebnis wieder da wäre/wieder passierte?* _____

Hinweis: Bei Kindern kann eine traumaspezifische Wiederinszenierung im Spiel auftreten.

B, F 2.4 *Fühlte sich Ihr Kind schlecht/unwohl bei der Begegnung mit Dingen, die es an das Erlebnis erinnerten oder wenn es an das Erlebnis dachte?* _____

B, F 2.5 *Reagierte sein Körper, z.B. mit Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Bauch- oder Kopfschmerzen bei der Begegnung mit Dingen, die es an das Erlebnis erinnerten oder wenn es nur an das Erlebnis dachte?* _____

2.6 *Ist das immer noch so?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN:**

2.7 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig kein Symptom bei 2.1–2.5 erfüllt ist: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 77.

C, F 3. Anhaltende Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli
(nicht vorhanden vor dem Trauma, mindestens 1 Symptom)

Häufigkeit/
Schweregrad Beginn Dauer

Haben sie bei Ihrem Kind bemerkt,
C, F 3.1 *dass es Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Erlebnis verbunden sind, vermieden oder unterdrückt hat?* _____

C, F 3.2 *dass es Menschen, Orte, Gespräche, Handlungen, Gegenstände oder Situationen, die es an das Erlebnis erinnern, gemieden hat?* _____

Falls eindeutig kein Symptom bei 3.1–3.2 erfüllt ist: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 77.

D, F 4. Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung
 (nicht oder deutlich weniger vorhanden vor dem Trauma, mindestens 2 Symptome)

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
<i>Haben Sie bei Ihrem Kind bemerkt,</i>			
D, F 4.1			
<i>dass es wichtige Dinge von dem Erlebnis nicht mehr erinnern konnte?</i>			
D, F 4.2			
<i>dass es negative Gedanken über sich, andere oder die Welt hat? (z.B. „Man kann niemanden mehr vertrauen“, „Ich bin schlecht“)</i>			
D, F 4.3			
<i>dass es negative Gedanken über die Ursachen oder die Folgen des Ereignisses hat (z.B. „hätte ich mich anderes Verhalten, wäre mir das nicht passiert“)</i>			
D, F 4.4			
<i>dass es immer wieder negative Gefühle hatte wie z.B. Angst, Wut, Schuld, Scham?</i>			
D, F 4.5			
<i>dass es weniger Interesse hatte an Aktivitäten teilzunehmen?</i>			
D, F 4.6			
<i>dass es sich losgelöst oder fremd von anderen gefühlt hat?</i>			
D, F 4.7			
<i>dass es kaum etwas Positives fühlen konnte, z.B. hatte es Mühe, Freude zu spüren, liebevolle Gefühle für andere zu haben?</i>			

4.8. *Ist das immer noch so?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN**:

4.9 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig weniger als zwei Symptome bei 4.1–4.7 erfüllt sind: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 77.

E, F 5. Erhöhte Erregung (seit dem Trauma, mindestens 2 Symptome)

Haben Sie folgende Veränderungen bei Ihrem Kind bemerkt, die sich seit dem Erlebnis verstärkt haben?

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
E, F 5.1 <i>War Ihr Kind gereizt, hatte es Wutausbrüche?</i>	_____	_____	_____
E, F 5.2 <i>Hat sich Ihr Kind in Gefahr gebracht oder selbst verletzt?</i>	_____	_____	_____
E, F 5.3 <i>War es sehr wachsam/aufmerksam?</i>	_____	_____	_____
E, F 5.4 <i>War es leicht zu erschrecken?</i>	_____	_____	_____
E, F 5.5 <i>Hatte es Mühe, sich zu konzentrieren?</i>	_____	_____	_____
E, F 5.6 <i>Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen?</i>	_____	_____	_____

5.7 *Ist das immer noch so?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN**:

5.8 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig weniger als zwei Symptome bei 5.1–5.6 erfüllt sind: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 77.

Hinweis: Dauern die Symptome kürzer an als für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erforderlich, so sollten die Diagnosen einer Akuten Belastungsstörung oder Anpassungsstörung mit Angst in Erwägung gezogen werden.

H 6.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor diese Auffälligkeiten einsetzten?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

H 6.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn der beschriebenen Auffälligkeiten Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- G 7.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- G 7.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

8.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

8.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Gab es neben der besprochenen Phase frühere Zeiten, in denen Ihr Kind ähnliche Probleme in Bezug auf dieses Erlebnis oder auch ein anderes Erlebnis hatte?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Mit dissoziativen Symptomen
Depersonalisation
Derealisation

Mit verzögertem Beginn

ENURESIS/ENKOPRESIS

F98.0 Nichtorganische Enuresis

F98.1 Nichtorganische Enkopresis

Hinweis: Die Fragen sind an das Alter des Kindes anzupassen.

Kinder werden unterschiedlich schnell trocken. Wie ist das bei Ihrem Kind?

A 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind wiederholt einnässt oder einkotet?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind wiederholt einnässte oder einkotete, auch kleine Mengen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Major Depression« S. 80.

Spezifizieren Sie Enuresis oder Enkopresis:

2. *Handelt es sich dabei um Einnässen oder Einkoten?*

Beschreiben:

C 3.1 *Seit wann ist es so, dass Ihr Kind einnässt bzw. einkotet?* Alter: _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 bzw. 3.3 explizit stellen:

C 3.2 Bei Enkopresis: *War es schon 4 Jahre alt, als es eingekotet hat?* JA NEIN

C 3.3 Bei Enuresis: *War es schon 5 Jahre alt, als es eingenässt hat?* JA NEIN

Bestimmen Sie primäre oder sekundäre Enuresis/Enkopresis:

4.1 *Gab es einmal eine Zeit, in der Ihr Kind nicht eingenässt bzw. eingekotet hat?* JA NEIN

Falls JA:

4.2 *Wann war das?* Alter: _____

4.3 *Wie lange war das?* Dauer: _____

Beschreiben:

- D 5. *Gibt es einen bestimmten Grund, weshalb Ihr Kind einnässt bzw. einkotet? Ist es durch ein Medikament oder durch eine Krankheit bedingt? War es deswegen schon einmal bei einem Arzt?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA:**

- a) *Hat es eine neurologische Erkrankung?* JA NEIN

Beschreiben:

- b) *Hat es eine Darmkrankheit?* JA NEIN

Beschreiben:

- c) *Hat es eine Blasen-/Nierenerkrankung?* JA NEIN

Beschreiben:

- d) *Andere:*

Beschreiben:

Hinweis: Das Einnässen oder Einkoten ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bei Enkopresis weiter mit Frage 6.

Bei Enuresis weiter mit Frage 8.

Enkopresis:

6. *Ist es so, dass Ihr Kind*
- a) *weniger als 3 Mal in der Woche Stuhlgang in die Toilette macht?* JA NEIN
(Enkopresis mit Obstipation und Überlaufinkontinenz)
- b) *mindestens 3 Mal in der Woche Stuhlgang in die Toilette macht?* JA NEIN
(Enkopresis ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz)
- c) *Schmerzen hat, wenn es groß muss?* JA NEIN
- B 7. *Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Kind in die Hose oder ins Bett macht?*
- a) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 3 Monate* JA NEIN
- b) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 6 Monate* JA NEIN

Enuresis:

8. *Wenn Ihr Kind in die Hose oder ins Bett macht, passiert ihm das dann*
- a) *nur nachts, wenn es schläft?* (Enuresis nocturna) JA NEIN
- b) *nur am Tag?* (Enuresis diurna) JA NEIN
- c) *sowohl in der Nacht als auch am Tag?* (Enuresis nocturna und diurna) JA NEIN

- B 9. *Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Kind in die Hose oder ins Bett macht?*
- a) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 3 Monate?* **JA NEIN**
(bei Kindern ab 7 Jahren)
- b) *Mindestens zweimal im Monat während der letzten 3 Monate?* **JA NEIN**
(bei Kindern unter 7 Jahren)
- c) *Mindestens zweimal pro Woche während der letzten 3 Monate?* **JA NEIN**

Falls die Patienten die Kriterien für Enkopresis bzw. Enuresis nicht erfüllen: weiter zu »Major Depression« S. 80.

- B 10.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?*
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 10.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 11.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA NEIN**

- 11.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 12.

12. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Probleme stärker ausgeprägt waren?* **JA NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

MAJOR DEPRESSION

F32 Depressive Episode

F33 Rezidivierende depressive Störung

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zur Stimmung/zu Gefühlen Ihres Kindes stellen.

A 1.1 *Ist Ihr Kind seit 2 Wochen oder auch schon länger ständig sehr traurig?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.2 *Ist Ihr Kind seit 2 Wochen oder auch schon länger sehr gereizt/schlecht gelaunt?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.3 *Hat Ihr Kind seit 2 Wochen oder auch schon länger keine Freude bzw. kein Interesse an Dingen, die es sonst gerne tut (z.B. spielt es weniger mit seinen Freunden oder unternimmt es weniger mit seinen Freunden)?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls JA bei 1.1, 1.2 oder 1.3: weiter zu Frage 2.

A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind für 2 Wochen oder auch länger ständig sehr traurig war?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.5 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind für 2 Wochen oder auch länger sehr gereizt/schlecht gelaunt war?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.6 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind für 2 Wochen oder auch länger keine Freude bzw. kein Interesse an Dingen hatte, die es sonst gerne tat?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.6: weiter zu »Persistierende depressive Störung« S. 86.

2. *Seit wann hat Ihr Kind diese Stimmung?* Alter: _____

Wenn Ihr Kind solch eine schlechte Stimmung hat, ist das an der Mehrzahl der Tage?

		<u>Schweregrad</u>		
		<u>Aktuelle/letzte</u>	<u>schwerste</u>	<u>Mehrzahl der</u>
		<u>Phase</u>	<u>Phase</u>	<u>Tage</u>
A	4.1 (1) <i>Mag es dann gar nichts mehr essen?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Isst es dann ganz viel?</i>	_____	_____	_____
	(3) <i>Hat es an Gewicht zugenommen?</i>	_____	_____	_____
	(4) <i>Hat es an Gewicht abgenommen?</i>	_____	_____	_____
	(5) <i>Hat es nicht zugenommen, obwohl es gewachsen ist?</i>	_____	_____	_____
A	4.2 (1) <i>Schläft es dann ganz wenig?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Schläft es dann ganz viel?</i>	_____	_____	_____
A	4.3 (1) <i>Ist es dann sehr unruhig?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Fällt es ihm dann schwer, sich überhaupt zu bewegen, so dass es nur noch dasitzt und nichts mehr tut?</i>	_____	_____	_____
A	4.4 <i>Ist es dann erschöpft, müde und ohne Energie?</i>	_____	_____	_____
A	4.5 (1) <i>Hat es dann das Gefühl, dass es nichts wert ist?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Hat es dann Schuldgefühle, die es eigentlich gar nicht zu haben braucht?</i>	_____	_____	_____
A	4.6 (1) <i>Fällt es ihm dann schwer, sich zu konzentrieren (z.B. in der Schule)?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Fällt es ihm dann schwer, Entscheidungen zu treffen z.B. was es tun soll?</i>	_____	_____	_____
A	4.7 (1) <i>Denkt es dann häufiger an den Tod?</i>	_____	_____	_____
	(2) <i>Denkt es dann häufiger daran, sich etwas anzutun?</i>	_____	_____	_____

(3) *Hat es schon einmal versucht, sich etwas _____ anzutun?*

Falls JA bei 4.7 weiter zu » Suizidscreening« S. 94.

Falls weniger als fünf Symptome erfüllt sind, wobei mindestens eines der Symptome depressive Stimmung oder Interesseverlust ist: weiter zu »Persistierende depressive Störung« S. 86.

B, C 5.1 *Gab es schon einmal Tage, an denen Ihr Kind sich extrem gut gelaunt oder eine besondere Hochstimmung fühlte, ohne dass dies die anderen verstehen konnten?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

B, C 5.2 *Wechselten sich diese Tage mit Tagen ab, an denen Ihr Kind die schlechte Stimmung hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**, sollten weitere Abklärungen für eine bipolare Störung getroffen werden.

Hinweis: Falls Hinweise auf eine bipolare Störung bestehen, kann auf die Sektion „Bipolare und verwandte Störungen“ aus dem Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017) zurückgegriffen werden.

Falls nur Phasen mit gemischter depressiver und manischer Symptomatik vorliegen oder Phasen mit manischer oder hypomanischer Symptomatik vorlagen: weiter zu »Persistierende depressive Störung« S. 86.

B 6.1 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind ungewöhnliche Erfahrungen machte, wie z.B. dass es Stimmen hörte, Erscheinungen sah oder das Gefühl hatte, dass Eigenartiges um es herum geschieht?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**, Frage 6.2 explizit stellen:

B 6.2 *Trat die traurige oder gereizte Stimmung nur dann auf?* JA NEIN

D 7.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor diese Stimmung anfang?* JA NEIN

Beschreiben:

D 7.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

- E 8.1 *Bevor diese Stimmung begann, ist da eine wichtige Person (z.B. ein Familienangehöriger) gestorben und war Ihr Kind deswegen so traurig?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- 8.2 *Ist sonst etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Die Symptome können nicht durch eine Trauerreaktion erklärt werden.

- C 9.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- C 9.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 10.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Stimmung Hilfe?* **JA** **NEIN**

- 10.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Stimmung Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochene Stimmung stärker ausgeprägt war?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

- Rezidivierend
- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Nicht näher bezeichnet

Schweregrad:

- Leichtgradig
- Mittelgradig
- Schwergradig
- Mit Psychotischen Merkmalen

Zusatzkodierungen:

- Mit Angst
- Mit Gemischten Merkmalen
- Mit Melancholischen Merkmalen
- Mit Atypischen Merkmalen
- Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Katatonie
- Mit Saisonalem Muster (ausschließlich bei rezidivierender Verlaufsform)

PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)

F34.1 Dysthymia

- A 1.1 *Ist Ihr Kind seit mindestens einem Jahr an der Mehrzahl aller Tage traurig und niedergeschlagen?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Ist Ihr Kind seit mindestens einem Jahr an der Mehrzahl aller Tage reizbar/schlecht gelaunt?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Für eine ICD-10 Diagnose beträgt der Zeitraum mindestens 2 Jahre.

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind mindestens ein Jahr lang an der Mehrzahl aller Tage traurig und niedergeschlagen war?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind mindestens ein Jahr lang an der Mehrzahl aller Tage reizbar/schlecht gelaunt war?* JA NEIN

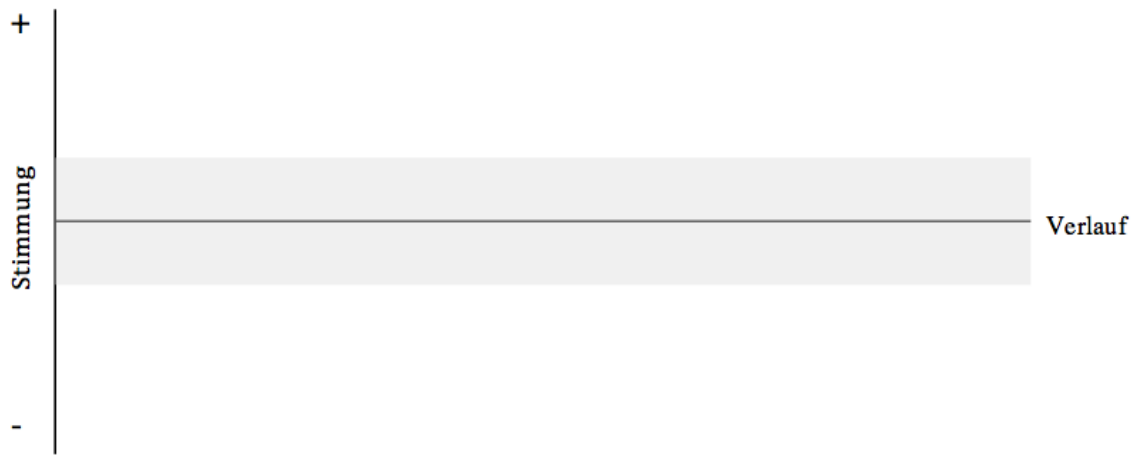
Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung« S. 91.

2. *Seit wann hat Ihr Kind diese Stimmung?* Alter: _____

- A 3. *Erinnern Sie sich, wie lange dieses Gefühl bei Ihrem Kind gedauert hat?* JA NEIN
Falls mehrere Phasen: weiter mit Stimmungsverlaufskurve

Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse 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 Phase: von _____ bis _____

Schwerste Phase: von _____ bis _____

Weitere Phasen: von _____ bis _____

Falls depressive Stimmung weniger als ein Jahr anhielt: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung« S. 91.

C 4.1 *Gab es zwischendurch einmal eine Zeit, in der es Ihrem Kind besser ging?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:

C 4.2 *Wie lange dauerte das an?*

a) ≤ 2 Monate

b) > 2 Monate

B 5. *Ich werde Ihnen jetzt einige Beispiele nennen und Sie dann fragen, ob diese für Ihr Kind zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

<u>Schweregrad</u>	<u>Mehrzahl</u>
	<u>der Tage</u>

Wenn Ihr Kind solch eine schlechte Stimmung hat:

B 5.1 (1) *Mag es dann gar nichts mehr essen?* _____

(2) *Isst es dann ganz viel?* _____

- B 5.2 (1) *Schläft es dann ganz wenig?* _____
- (2) *Schläft es dann ganz viel?* _____
- B 5.3 *Ist es dann erschöpft, müde und ohne Energie?* _____
- B 5.4 *Hat es dann das Gefühl, dass es nichts wert ist; denkt es dann schlecht über sich?* _____
- B 5.5 (1) *Fällt es ihm dann schwer, sich zu konzentrieren (z.B. in der Schule)?* _____
- (2) *Fällt es ihm dann schwer, Entscheidungen zu treffen, z.B. was es tun soll?* _____
- B 5.6 *Hat es dann das Gefühl, dass alles ganz hoffnungslos ist?* _____
- 5.7 *Weint es dann häufig?* _____
- 5.8 *Fällt es ihm dann insgesamt schwer, den Alltag zu bewältigen (z.B. die Schulaufgaben)?* _____
- 5.9 *Hat sein Interesse an sozialen Aktivitäten nachgelassen, z.B. spielt oder unternimmt es dann weniger mit Freunden?* _____
- 5.10 *Ist es dann insgesamt weniger an Gesprächen oder Unternehmungen mit anderen interessiert?* _____
- 5.11 *Hat es insgesamt das Interesse an Dingen verloren, die es sonst gerne tut?* _____

Falls weniger als zwei dieser Zusatzsymptome 5.1–5.11 erfüllt sind: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung«. S. 91

- E 6. *Gab es schon einmal Tage, an denen Ihr Kind sich extrem gut gelaunt oder eine besondere Hochstimmung fühlte, ohne dass die anderen dies verstehen konnten?* JA NEIN

Beschreiben:

- F 7.1 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind ungewöhnliche Erfahrungen machte, wie z.B. dass es Stimmen hörte, Erscheinungen sah oder das Gefühl hatte, dass Eigenartiges um es herum geschieht?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**, Frage 7.2 explizit stellen:

- | | | | | |
|---|-----|--|-----------|-------------|
| F | 7.2 | <i>Trat die traurige oder gereizte Stimmung nur dann auf?</i> | JA | NEIN |
| G | 8. | <i>Was geschah im Leben Ihres Kindes kurz bevor diese Gefühle auftraten?</i> | | |
| | 8.1 | <i>Hat Ihr Kind einen für sich wichtigen Menschen verloren?</i> | JA | NEIN |
| | 8.2 | <i>Hatte es einen Unfall?</i> | JA | NEIN |
| G | 8.3 | <i>War es krank?</i> | JA | NEIN |
| G | 8.4 | <i>Musste es Medikamente einnehmen?</i> | JA | NEIN |
| G | 8.5 | <i>Hatte es Drogen genommen?</i> | JA | NEIN |
| | 8.6 | <i>Hatte es Probleme?</i> | JA | NEIN |

Beschreiben:

- H 9.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- H 9.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- | | | | |
|------|--|-----------|-------------|
| 10.1 | <i>Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Stimmung Hilfe?</i> | JA | NEIN |
| 10.2 | <i>Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Stimmung Hilfe?</i> | JA | NEIN |

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochene Stimmung stärker ausgeprägt war?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Mit Angst

Mit Gemischten Merkmalen

Mit Melancholischen Merkmalen

Mit Atypischen Merkmalen

Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen

Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Beginn:

Früher Beginn

Später Beginn

Mit Reinem Dysthymen Syndrom

Mit Persistierender Episode einer Major Depression

Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit Aktueller Episode

Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne Aktuelle Episode

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

DISRUPTIVE AFFEKTREGULATIONSTÖRUNG

Im Folgenden geht es um Wutausbrüche und starke Stimmungsschwankungen Ihres Kindes.

- A,B 1.1 *Hat Ihr Kind häufige Wutausbrüche, die sich verbal oder in aggressivem Verhalten gegenüber anderen Menschen oder Objekten zeigen können?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A,B 1.2 *Sind diese Wutausbrüche unverhältnismäßig in der Intensität oder Dauer bezüglich der Situation und dem Alter Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A,B 1.3. *Gab es jemals eine Zeit in der Ihr Kind häufige Wutausbrüche hatte, die sich verbal oder in aggressivem Verhalten gegenüber anderen Menschen oder Objekten zeigten?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A,B 1.4 *Waren diese Wutausbrüche unverhältnismäßig in der Intensität oder Dauer bezüglich der Situation und dem Alter Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Suizidscreening « S. 94.

- C 2. *Treten diese Wutausbrüche mind. 3x pro Woche auf?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- E 3. *Seit wann hat Ihr Kind diese Wutausbrüche?*

Beschreiben:

- E 3.1 *Zeigt sich dieses Verhalten seit mehr als 12 Monaten?* **JA** **NEIN**

- E 3.2 *Gab es in dieser Zeit eine Phase, in der die Wutausbrüche nicht aufgetreten sind?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:

- 3.3 *Dauerte diese Phase ohne Wutausbrüche länger als 3 Monate an?* **JA** **NEIN**

- D 4. *Wie ist die Stimmung Ihres Kindes zwischen den Wutausbrüchen?*

Beschreiben:

- D 4.1 *Ist Ihr Kind zwischen den Wutausbrüchen fast immer sehr gereizt?* JA NEIN
- D 4.2 *Ist Ihr Kind zwischen den Wutausbrüchen fast immer wütend?* JA NEIN
- F 5. *In welchen Situationen/Kontexten treten diese Wutausbrüche auf?*
- F 5.1 *zu Hause?* JA NEIN
- F 5.2 *in der Schule?* JA NEIN
- F 5.3 *mit Gleichaltrigen?* JA NEIN

Hinweis: Das Verhalten muss in mind. 2 Kontexten auftreten und in mind. einem davon stark.

- G 6. *Ist das Kind älter als 6 und jünger als 18 Jahre?* JA NEIN
- H 7. *Ab welchem Alter ließ sich das Verhalten bei Ihrem Kind beobachten?* Alter: _____
- H 7.1 *Zeigte sich das Verhalten vor dem 10. Lebensjahr?* JA NEIN
- I 8. *Gab es jemals eine Phase von einem Tag oder länger, in der Ihr Kind eine ungewöhnliche und extrem gute Stimmung hatte?* JA NEIN
- J 9. *Zeigen sich diese Wutausbrüche nur, wenn Ihr Kind traurig und niedergeschlagen ist?* JA NEIN
- K 10. *Als das Verhalten anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
- Beschreiben:**
- K 11. *War Ihr Kind krank kurz bevor es begann?* JA NEIN

F 12.1 Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie stark wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in seinem Leben eingeschränkt? Kann es z.B. Dinge nicht mehr tun, die es früher getan hat oder die andere Kinder/Jugendliche in seinem Alter tun? Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

F 12.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

13.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

13.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Kam es früher schon einmal vor, dass Ihr Kind die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hatte?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SUIZIDSCREENING

Im Folgenden geht es um Gedanken, Pläne oder Versuche, sich etwas anzutun.

Hinweis: Falls Hinweise auf Selbstgefährdung bestehen, leiten Sie die in Ihrer Einrichtung geltenden Maßnahmen ein.

Hinweis: Falls Sie der Sprungregel in der Major Depression Sektion gefolgt sind und nach Beendigung der Sektion „Suizidscreening“ keine Hinweise auf Selbstgefährdung vorliegen, setzen Sie das Interview bitte bei der Major Depression fort.

- 1.1 *Hat Ihr Kind jemals häufig an den Tod gedacht?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 1.2 *Hat Ihr Kind jemals daran gedacht, sich das Leben nehmen zu wollen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- A 1.3 *Hat Ihr Kind schon einmal oder mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen?*
Einmal: **JA** **NEIN**
Mehrfach: **JA** **NEIN**
Anzahl Versuche _____
Beschreiben:
- Falls Nein bei 1.1- 1.3 weiter zu »Schlaf-Wach-Störungen« S. 96.
- Falls JA bei 1.1 oder 1.2, aber NEIN bei 1.3 weiter zu 9.
2. *Auf welche Weise hat Ihr Kind versucht, sich das Leben zu nehmen?*
Beschreiben:
3. *Als es versucht hat, sich das Leben zu nehmen, hattest es da die Absicht durch die Handlung zu sterben?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
4. *Hat Ihr Kind dies so arrangiert, dass es schwierig für andere war, es zu finden, es daran zu hindern bzw. zu retten?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- A 5. *War der letzte Suizidversuch innerhalb der letzten 2 Jahre?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

Falls NEIN bei 5. weiter zu 9.

6. *Als Ihr Kind versucht hat, sich das Leben zu nehmen, ist da etwas Außergewöhnliches passiert?* JA NEIN
Beschreiben:
- D 7. *Als Ihr Kind versucht hat, sich das Leben zu nehmen, hast es sich in seinem Körper fremd gefühlt, hat es Stimmen gehört, die andere nicht gehört haben oder Dinge gesehen, die andere nicht gesehen haben?* JA NEIN
Beschreiben:
- E 8. *Als Ihr Kind versucht hat, sich das Leben zu nehmen, hat es das...*
... aus politischen Gründen gemacht? JA NEIN
... aus religiösen Gründen gemacht? JA NEIN
9. *Wie oft treten Suizidgedanken derzeit auf (pro Tag, Woche, Monat)?*
Beschreiben:
10. *Hat Ihr Kind einen Plan, wie es sich das Leben nehmen will?* JA NEIN
 Falls **JA**: *Wie?*
Beschreiben:
11. *Hast Ihr Kind Vorbereitungen getroffen (z.B. im Internet nach Suizidmethoden gesucht, Abschiedsbrief geschrieben, persönliche Sachen verschenkt, Testament verfasst, einen in Frage kommenden Ort aufgesucht, Dinge bereit gelegt)?* JA NEIN
Beschreiben:

Falls Hinweise auf Selbstgefährdung bestehen, leiten Sie die in Ihrer Einrichtung geltenden Maßnahmen ein.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Aktuell

Frühremittiert

SCHLAF-WACH-STÖRUNGEN

F51 Nicht-organische Schlafstörungen

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zum Schlaf Ihres Kindes stellen.

- 1.1 *Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Schlafen, z.B. kann es nicht ein- oder durchschlafen, ist es am Tag oft sehr müde, träumt es schlecht, schlafwandelt es oder hat es Alpträume?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Schlafen hatte z.B. konnte es nicht ein- oder durchschlafen, war am Tag oft sehr müde, träumt schlecht, schlafwandelt es oder hatte es Alpträume?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Essstörungen« S. 109.

2. *Wo schläft Ihr Kind?*

Beschreiben:

3. *Geht Ihr Kind regelmäßig zur gleichen Zeit schlafen?* JA NEIN

Beschreiben:

4. *Wie lange schläft Ihr Kind normalerweise?*

Beschreiben:

5. *Hat Ihr Kind die Schlafprobleme nur, wenn es die Zu-Bett-Geh-Zeiten/ Schlafzeiten nicht einhält?* JA NEIN

6. *Was macht Ihr Kind am Abend, bevor es ins Bett geht?*

Beschreiben:

- 7.1 *Gibt es etwas, das Ihr Kind immer macht, bevor es ins Bett geht, z.B. hört es eine Geschichte, liest es?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA:

- 7.2 *Hat Ihr Kind die Schlafprobleme nur, wenn es das nicht gemacht hat?* JA NEIN

INSOMNIE

F51.0 Nicht-organische Insomnie

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind häufig Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen hat oder es früh morgens aufwacht?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind häufig Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen hatte oder es morgens früh aufgewacht ist?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Hypersomnie« S. 100.

2. *Seit wann hat Ihr Kind diese Schlafprobleme?* Alter: _____

- D 3.1 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Schlafprobleme bei Ihrem Kind andauern?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

- D 3.2 *Hat Ihr Kind diese Schlafprobleme seit mindestens drei Monaten?* JA NEIN

- 3.3 *Wie häufig hat Ihr Kind diese Schlafschwierigkeiten?*

Beschreiben:

- C 3.4 *Hat Ihr Kind diese Schlafschwierigkeiten mind. 3 Nächte pro Woche?* JA NEIN

- E 3.5 *Hat Ihr Kind diese Schlafschwierigkeiten auch, wenn es genügend Möglichkeiten zum Schlafen hat?* JA NEIN

Beschreiben:

Bei Einschlafproblemen:

- 4.1 *Wie lange braucht Ihr Kind, um einzuschlafen?*

Beschreiben:

- 4.2 *Wie oft geschieht dies pro Woche?*

Beschreiben:

Bei Durchschlafproblemen:

- 5.1 *Wie oft erwacht Ihr Kind in der Nacht?*
Beschreiben:
- 5.2 *Wie lange bleibt Ihr Kind dann wach?*
Beschreiben:
- C 5.3 *Wie oft geschieht dies pro Woche?*
Beschreiben:
- D 6.1 *Hat Ihr Kind diese Ein- oder Durchschlafprobleme nur, wenn es*
a) *sehr traurig ist?* JA NEIN
b) *sehr ärgerlich und gereizt ist?* JA NEIN
c) *Dinge, die es sonst gerne tut, nicht mehr tun will?* JA NEIN
d) *tagsüber starke Angst/viele Sorgen hat?* JA NEIN
- F 6.2 *Hat Ihr Kind noch weitere Probleme mit dem Schlafen (andere Schlafstörungen z.B. Narkolepsie)?* JA NEIN
Beschreiben:
7. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
Beschreiben:
- H 8.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor diese Schlafprobleme begannen?* JA NEIN
Beschreiben:
- Hinweis: Falls weitere psychische Störungen oder somatische Krankheiten vorliegen, erklären diese nicht die Schlafprobleme.
- G 8.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN
Beschreiben:

- B 9.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 9.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

10.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

10.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen
die eben besprochenen Schlafprobleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Mit einer Nichtschlafbezogenen Psychischen Störung

Mit einem Anderen Medizinischen Krankheitsfaktor

Mit einer Anderen Schlafstörung

Verlauf

Episodisch

Andauernd

Rezidivierend

HYPERMOMNIE

F51.1 Nicht-organische Hypersomnie

- A 1.1 *Ist Ihr Kind oft sehr müde, schläft es z.B. länger als gewohnt oder schläft es am Tag, obwohl es in der Nacht gut und mindestens 7 Stunden geschlafen hat?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind oft sehr müde war, in der es z.B. länger als gewohnt oder am Tag schlief, obwohl es in der Nacht gut und mindestens 7 Stunden geschlafen hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Alptraum-Störung« S. 103.

- A 2. *Schläft Ihr Kind mehrmals am Tag ein?* JA NEIN

- A 2.1 *Schläft Ihr Kind zur Hauptschlafenszeit mehr als 9 Stunden pro Tag, welche aber nicht erholsam sind?* JA NEIN

- A 2.2 *Hat Ihr Kind nach plötzlichem Aufwachen, Schwierigkeiten voll wach zu sein?* JA NEIN

2.3 *Seit wann hat Ihr Kind diese Schläfrigkeit?* Alter: _____

- B 3.1 *Erinnern Sie sich, wie lange diese Schläfrigkeit bei Ihrem Kind gedauert hat?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Fragen 3.2 und 3.3 explizit stellen:

- B 3.2 *Dauerte diese Schläfrigkeit mindestens drei Monate an?* JA NEIN

3.3 *Hat Ihr Kind diese Schläfrigkeit mindestens 3 Tage die Woche?* JA NEIN

- F 4. *Hat Ihr Kind diese Schläfrigkeit nur, wenn es*
a) *sehr traurig ist?* JA NEIN
b) *sehr ärgerlich und gereizt ist?* JA NEIN
c) *Dinge, die es sonst gerne tut, nicht mehr tun will?* JA NEIN

Hinweis: Psychische oder somatische Störungen dürfen komorbide auftreten, erklären jedoch die Schlafschwierigkeiten nur bedingt.

5. *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- F 6.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor diese Schlafprobleme begannen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- E 6.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- D 6.3 *Hat Ihr Kind noch andere Schlafprobleme z.B. Narkolepsie?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Hypersomnie wird nicht besser durch eine andere Schlafstörung erklärt und tritt nicht nur während einer anderen Schlafstörung auf.

- C 7.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- C 7.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

8.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

8.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Schlafprobleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Mit einer Psychischen Störung

Mit einem medizinischen Krankheitsfaktor

Mit einer Anderen Schlafstörung

Verlauf:

Akut

Subakut

Andauernd

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

ALPTRAUM-STÖRUNG

F51.5 Alpträume

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind nachts wiederholt aufwacht und Angst hat weil es schlecht geträumt hat/einen Alptraum (beinhaltet oft die Vermeidung von Bedrohung, körperlicher Sicherheit) hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind nachts wiederholt aufwachte und Angst hatte, weil es schlecht geträumt hatte/einen Alptraum hatte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »NREM-Parasomnien« S. 106.

- 2.1 *Seit wann hat Ihr Kind Alpträume?* Alter: _____

- 2.2 *Hat Ihr Kind die Alpträume seit länger als 6 Monaten?* JA NEIN

3. *Wie oft geschieht dies in der Nacht?*

Beschreiben:

- A 4. *Kann sich Ihr Kind jeweils an die Träume erinnern?* JA NEIN

Mit den Fragen 5 und 6 können Schweregrad und Dauer dieser Schlafstörung anhand der ICSD Kriterien genauer erfasst werden:

5. *Wie oft tritt dies auf?*
- a) *Weniger als einmal pro Woche* JA NEIN
 - b) *Mehr als einmal pro Woche, aber nicht jede Nacht* JA NEIN
 - c) *Jede Nacht* JA NEIN

6. *Erinnern Sie sich, seit wann Ihr Kind diese Alpträume hat?*
- a) *Einen Monat oder weniger* JA NEIN
 - b) *Weniger als 6 Monate* JA NEIN
 - d) *6 Monate oder länger* JA NEIN

- A 7. *Hat Ihr Kind die Alpträume eher am Morgen?* JA NEIN

- B 8. *Wenn Ihr Kind aufwacht nach solch einem Traum, weiß es dann, dass es zu Hause im Bett ist und nur geträumt hat?* JA NEIN

Hinweis: Nach dem Aufwachen kann zwar häufig eine Phase der Desorientiertheit auftreten, was aber nach wenigen Minuten vorbei sein sollte.

- E 9. *Hat Ihr Kind diese Alpträume nur, wenn es*
- a) *sehr traurig ist?* JA NEIN
 - b) *sehr ärgerlich und gereizt ist?* JA NEIN
 - c) *Dinge, die es sonst gerne tut, nicht mehr tun will?* JA NEIN
 - d) *tagsüber starke Angst/viele Sorgen hat?* JA NEIN

Hinweis: Komorbide psychische und somatische Störungen können auftreten, erklären aber die Alpträume nicht vollständig.

- 10.1 *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
Beschreiben:

- 10.2 *Hat Ihr Kind Alpträume, weil es etwas Schlimmes erlebt hat?* JA NEIN
Beschreiben:

- D 11.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor dies begann?* JA NEIN
Beschreiben:

- D 11.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN
Beschreiben:

- C 12.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) zu Hause? _____
- b) in der Schule/ bei der Arbeit? _____
- c) in der Freizeit? _____
- d) mit Freunden? _____

- C 12.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

- 13.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen diesen Alpträumen Hilfe?* JA NEIN

13.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen diesen Alpträumen Hilfe?*

JA **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Alpträume öfters vorkamen?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Während des Schlafbeginns

In Verbindung mit Nichtschlafstörungen

In Verbindung mit Anderen Medizinischen Erkrankungen

Verbunden mit Anderen Schlafstörungen

Verlauf:

Akut

Subakut

Andauernd

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

NREM-PARASOMNIEN

PAVOR NOCTURNUS

F51.4 Pavor nocturnus

F51.3 Schlafwandeln

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Ihr Kind nachts wiederholt plötzlich mit einem Angstschrei aus dem Schlaf hochschreckt?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Kommt es vor, dass Ihr Kind nachts wiederholt im Schlaf aufsteht und herumwandelt?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind nachts wiederholt plötzlich mit einem Angstschrei aus dem Schlaf hochschreckte?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind nachts wiederholt im Schlaf aufstand und herumwandelte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 bis 1.4: weiter zu »Essstörungen« S. 109.

2. *Seit wann kommt das vor?* Alter: _____

3.1 *Wie oft geschieht dies in der Nacht?*

Beschreiben:

3.2 *Wie lange dauert es?*

Beschreiben:

Mit den Fragen 4 und 5 können Schweregrad und Dauer dieser Schlafstörung anhand der ICSD Kriterien genauer erfasst werden:

4. *Wie oft tritt dies auf?*
- | | | |
|--|----|------|
| a) <i>Weniger als einmal pro Monat</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Weniger als einmal pro Woche</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Fast jede Nacht</i> | JA | NEIN |

5. *Wie lange hat das bei Ihrem Kind gedauert?*
- a) *Einen Monat oder weniger* JA NEIN
- b) *Weniger als 3 Monate* JA NEIN
- c) *3 Monate oder länger* JA NEIN
- A 6. *Ist das Hochschrecken im Allgemeinen früh in der Nacht?* JA NEIN

Falls Schlafwandeln, weiter zu Frage 7.

Falls Pavor Nocturnus, weiter zu Frage 10.

Schlafwandeln

7. *Hat Ihr Kind dann einen starren, ausdruckslosen Gesichtsausdruck?* JA NEIN
8. *Kann man dann mit Ihrem Kind sprechen?* JA NEIN
9. *Ist Ihr Kind dann leicht aufzuwecken?* JA NEIN

Weiter mit Frage 13.

Pavor nocturnus

10. *Schreckt Ihr Kind dann plötzlich mit einem Angstschrei aus dem Schlaf hoch?* JA NEIN
11. *Hat Ihr Kind dann Angst und körperliche Anzeichen wie z.B. schnelles Atmen, Schwitzen, Herzklopfen?* JA NEIN
- Beschreiben:**
12. *Lässt sich Ihr Kind dann leicht beruhigen?* JA NEIN
- B 13. *Kann sich Ihr Kind dann detailliert an einen Traum erinnern?* JA NEIN
- C 14. *Erinnert sich Ihr Kind am nächsten Morgen, was in der Nacht passiert ist?* JA NEIN
15. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert im Leben Ihres Kindes?* JA NEIN
- Beschreiben:**
- F 16. *War Ihr Kind krank, kurz bevor dies begann?* JA NEIN
- Beschreiben:**

E 17. *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

D 18.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

D 18.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

19.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

19.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 20.

20. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Schlafprobleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

ESSSTÖRUNGEN

F 50 Essstörungen

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zum Gewicht und den Essgewohnheiten Ihres Kindes stellen.

1.1 *Wie groß ist Ihr Kind?* _____ cm

1.2 *Wie viel wiegt Ihr Kind zurzeit?* _____ kg

Berechnen Sie den BMI: _____ kg/m²

Stellen Sie fest, ob ein Verdacht auf Anorexie (BMI < 10. Perzentil), Übergewicht (BMI > 90. Perzentil) oder Adipositas (BMI > 97. Perzentil) besteht. Falls der Patient übergewichtig oder adipös ist, sollten somatische Risiken abgeklärt werden (z.B. Typ-2-Diabetes und Schlaf Apnoe).

Hinweis: Die Liste mit den BMI-Perzentilwerten separat für Mädchen und Jungen befindet sich bei den Diagnosekriterien zu den Essstörungen.

Verdacht auf Anorexie?	JA	NEIN
Verdacht auf Übergewicht?	JA	NEIN
Verdacht auf Adipositas?	JA	NEIN

ANOREXIA NERVOSA

F50.0 Anorexia nervosa

A 1.1 (BMI < 10. Perzentil)? JA NEIN

A 1.2 *Hat Ihr Kind in der letzten Zeit abgenommen oder nicht zugenommen, obwohl es gewachsen ist?* JA NEIN

Falls **JA**:

A 1.3 *Wie viel hat Ihr Kind abgenommen?* _____ kg

Falls gegenwärtig ein Verdacht auf Anorexie besteht: weiter zu Frage 2.1.

A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind stark abgenommen hat oder der BMI < 10. Perzentil war?* JA NEIN

Falls **JA**:

A 1.5 *Wie viel hat Ihr Kind abgenommen?* _____ kg

Falls eindeutig kein Verdacht auf Anorexie besteht: weiter zu »Bulimia Nervosa« S. 114.

2.1 *Möchte Ihr Kind wieder an Gewicht zunehmen?* JA NEIN

Falls **NEIN**:

2.2 *Warum möchte Ihr Kind sein Gewicht halten oder sogar weiter abnehmen?*

Beschreiben:

2.3 *Haben andere Leute Ihrem Kind schon geraten zuzunehmen?* JA NEIN

B 3.1 *Hat Ihr Kind große Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden?* JA NEIN

B 3.2 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihrem Kind die Vorstellung, 3 bis 5 kg zuzunehmen?*

0	1	2	3
gar keine Angst	ein wenig	viel	sehr viel Angst

B 3.3 *Kennt Ihr Kind für sich eine Gewichtsgrenze? Ich meine damit, ob es für Ihr Kind ein Gewicht gibt, das es nicht überschreiten darf/möchte?* JA NEIN

Beschreiben:

B 3.4 *Tut Ihr Kind bestimmte Dinge dauerhaft, um nicht zuzunehmen (z.B. Sport, Diät, ...)?*

Beschreiben:

- C 3.5 *Hat Ihr Kind das Gefühl, insgesamt oder an Teilen seines Körpers zu dick zu sein?* **JA NEIN**
- C 3.6 *Wenn Ihr Kind an Gewicht zunimmt, denkt es dann, dass es nichts wert ist (fühlt es sich dann schlecht)?* **JA NEIN**
- 3.7 *Denkt Ihr Kind, dass es durch sein Gewicht seiner Gesundheit schadet?* **JA NEIN**
- 3.8 *Wurde Ihr Kind schon einmal wegen seines Gewichts/Aussehens geärgert?* **JA NEIN**
- 4.1 *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Ihr Kind typischerweise im Laufe eines Tages isst.*
Beschreiben:
- 4.2 *Denkt Ihr Kind oft ans Essen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 4.3 *Achtet Ihr Kind darauf, was es isst?* **JA NEIN**
- 4.4 *Verbietet Ihr Kind sich bestimmte Nahrungsmittel?* **JA NEIN**
- Falls **JA**:
- 4.5 *Welche/ Warum?*
Beschreiben:
- 4.6 *Achtet Ihr Kind auf die Menge, die es isst?* **JA NEIN**

Subtypen der Anorexia nervosa:

Hinweis: Die folgenden Fragen zum Typus beziehen sich jeweils auf die letzten drei Monate.

5. Restriktiver Typus:
- 5.1 *Macht Ihr Kind eine Diät, um abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 5.2 *Fastet Ihr Kind, um abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 5.3 *Bewegt sich Ihr Kind viel, um abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:

6. Binge-Eating-/Purging-Typus:
- 6.1 *Hat Ihr Kind Essanfälle? Isst es dann in kurzer Zeit ganz viel auf einmal?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 6.2 *Nimmt Ihr Kind Abführmittel oder andere Medikamente, um abzunehmen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 6.3 *Erbricht Ihr Kind im Anschluss an eine Mahlzeit, um abzunehmen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben
- Nur für Mädchen/Frauen:
- 7.1 *Hat Ihr Kind seine Periode schon bekommen, bevor es so abgenommen hat/Untergewicht hatte?* **JA** **NEIN**
- Falls **JA:**
- 7.2 *Als Ihr Kind so abgenommen hat/Untergewicht hatte, hat da seine Regelblutung ausgesetzt?* **JA** **NEIN**
- Falls **JA:**
- 7.3 *Hat sie mindestens dreimal hintereinander ausgesetzt?* **JA** **NEIN**
- Falls **NEIN:**
- 7.4 *Nimmt Ihr Kind die Pille?* **JA** **NEIN**
8. Geschichte:
- 8.1 *Wann begann es, dass Ihr Kind so abgenommen hat?* **Alter:** _____
- 8.2 *Stand Ihr Kind unter irgendeiner Art von Stress?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 8.3 *Was geschah im Leben Ihres Kindes zu dieser Zeit?*
Beschreiben:
- 8.4 *War Ihr Kind schon einmal zu dick bzw. haben ihm andere Personen (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 9.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor es abgenommen hat?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 9.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

10.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

10.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

11.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

11.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 12.

12. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen
die eben besprochenen Essprobleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

Extrem

Hinweis: Zur Bestimmung des Schweregrades bei Kindern wird vermehrt auf die BMI-
Perzentile geachtet. Für Erwachsene orientiert sich der Schweregrad am BMI.

BULIMIA NERVOSA

F50.2 Bulimia nervosa

- A 1.1 *Hat Ihr Kind Essanfälle oder Heißhungerphasen, bei denen es in kurzer Zeit sehr viel isst, z.B. mehr als andere Kinder/Jugendliche essen würden (z.B. innerhalb von 2 Stunden)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.2 *Hat Ihr Kind während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, kann es z.B. nicht steuern, was es isst oder wie viel es isst oder es kann nicht mehr aufhören zu essen, obwohl es das eigentlich möchte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind Essanfälle oder Heißhungerphasen hatte, bei denen es in kurzer Zeit sehr viel gegessen hast, z.B. mehr als andere Kinder/Jugendliche essen würden?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind während dieser Essanfälle das Gefühl hatte, die Kontrolle zu verlieren, es konnte z.B. nicht steuern, was oder wie viel es gegessen hat oder es konnte nicht mehr aufhören zu essen, obwohl es das eigentlich wollte?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch« S. 121.

2. *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Ihr Kind dann isst. (Während eines Essanfalls werden typischerweise kalorienreiche, süße und leicht zu kauende Nahrungsmittel eingenommen.)*

Beschreiben:

- B 3.1 *Erbricht Ihr Kind im Anschluss an eine Mahlzeit, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

B 3.2 *Nimmt Ihr Kind Abführmittel oder andere Medikamente, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

B 4.1 *Fastet Ihr Kind, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

B 4.2 *Bewegt sich Ihr Kind viel, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls nicht regelmäßig unangemessenes Kompensationsverhalten gezeigt wird:
weiter zu »Binge-Eating-Störung« S. 118.

5. *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Ihr Kind typischerweise im Laufe eines Tages isst:*

Beschreiben:

6.1 *Macht sich Ihr Kind Sorgen um sein Gewicht oder sein Aussehen?* JA NEIN

D 6.2 *Wenn Ihr Kind an Gewicht zunimmt, denkt es dann, dass es nichts wert ist (fühlt es sich dann schlecht)?* JA NEIN

6.3 *Wurde Ihr Kind schon einmal wegen seines Gewichts/Aussehens geärgert?* JA NEIN

6.4 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihrem Kind die Vorstellung, 3 bis 5 kg zuzunehmen?*

0 1 2 3
gar keine Angst ein wenig viel sehr viel Angst

7.1 *Wie viele Essanfälle hat Ihr Kind*

a) *pro Tag?* _____

b) *pro Woche?* _____

C 7.2 *Hat Ihr Kind schon einmal über drei Monate hinweg mindestens einmal pro Woche einen solchen Essanfall gehabt und anschließend etwas unternommen, damit es nicht zunimmt?* JA NEIN

8. *Versucht Ihr Kind, diese Essanfälle vor anderen geheim zu halten?* JA NEIN

Hinweis: Das Essen wird vor anderen möglichst geheim gehalten.

9. *Wissen Sie, wodurch die Essanfälle ausgelöst werden?*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Streit mit Ihnen, Freunden</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Schwierigkeiten zu Hause, in der Schule, bei der Arbeit</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Langeweile oder ein Gefühl von Leere</i> | JA | NEIN |
| d) <i>Traurigkeit oder Ärger</i> | JA | NEIN |
| e) <i>Sonstiges?</i> | JA | NEIN |

Beschreiben:

10. Geschichte

10.1 *Wann hatte Ihr Kind seinen ersten Essanfall?* **Alter:** _____

10.2 *Wo war Ihr Kind?*

Beschreiben:

10.3 *Mit wem war Ihr Kind zusammen?*

Beschreiben:

10.4 *Wie fing es an?*

Beschreiben:

10.5 *Stand Ihr Kind unter irgendeiner Art von Stress?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.6 *Was geschah im Leben Ihres Kindes zu dieser Zeit?*

Beschreiben:

10.7 *Hat Ihr Kind eine Diät gemacht?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.8 *War Ihr Kind schon einmal zu dick bzw. haben ihm andere Personen (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.9 *Haben Sie oder andere Personen ihm schon geraten zuzunehmen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.10 *Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal etwas unternommen (im Sinne von unangemessenen Gegenmaßnahmen, z.B. Erbrechen), um nicht zuzunehmen?* **Alter:** _____

10.11 *Was hat es unternommen, um nicht zuzunehmen?*

Beschreiben:

11.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor die Essanfälle auftraten?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

11.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

12.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt?
Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die
gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

12.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

13.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

13.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen
die eben besprochenen Essprobleme stärker ausgeprägt waren?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

Extrem

BINGE-EATING-STÖRUNG

- B 1. *Wenn Ihr Kind diese Essanfälle hat, bei denen es in kurzer Zeit sehr viel isst und dabei nicht steuern kann, was es isst,*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>isst es dann viel schneller als normalerweise?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>isst es dann soviel, bis es sich unangenehm voll fühlt?</i> | JA | NEIN |
| c) <i>isst es dann, auch wenn es gar keinen Hunger hat?</i> | JA | NEIN |
| d) <i>ist es dann alleine, weil es ihm unangenehm ist?</i> | JA | NEIN |
| e) <i>hat es dann entweder Schuldgefühle, ist deprimiert oder ekelt sich vor sich selber?</i> | JA | NEIN |

Falls weniger als 3 Symptome von 1a bis 1e erfüllt sind: weiter zu »Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch« S. 121.

- D 2.1 *Erinnern Sie sich, wann die Essanfälle zum ersten Mal aufgetreten sind?* JA NEIN
Beschreiben:
- D 2.2 *Dauerten diese Essanfälle mindestens 3 Monate an?* JA NEIN
- D 3.1 *Erinnern Sie sich, wie häufig diese Essanfälle auftraten?* JA NEIN
Beschreiben:
- D 3.2 *Hatte Ihr Kind im Durchschnitt mindestens einen Essanfall pro Woche?* JA NEIN
4. *Wenn Ihr Kind diese Essanfälle hat, spürt es dann einen starken Drang, nach Essen zu suchen,*
- | | | |
|--|----|------|
| a) <i>damit es sich besser fühlt?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>um sich für etwas zu belohnen?</i> | JA | NEIN |
5. *Kommt es vor, dass Ihr Kind Essen versteckt?* JA NEIN
6. Geschichte:
- 6.1 *Wann hatte Ihr Kind seinen ersten Essanfall?* Alter: _____
- 6.2 *Wo war es?*
Beschreiben:
- 6.3 *Mit wem war es zusammen?*
Beschreiben:
- 6.4 *Wie fing es an?*
Beschreiben:

6.5 *Stand es unter irgendeiner Art von Stress?* **JA NEIN**

Beschreiben:

6.6 *Was geschah in seinem Leben zu dieser Zeit?*

Beschreiben:

6.7 *Hat es eine Diät gemacht?* **JA NEIN**

Beschreiben:

6.8 *War es schon einmal zu dick, bzw. haben ihm andere Leute (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?* **JA NEIN**

Beschreiben:

7.1 *War Ihr Kind krank, kurz bevor die Essanfälle auftraten?* **JA NEIN**

Beschreiben:

7.2 *Nahm Ihr Kind bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**

Beschreiben:

C 8.1 *Wie stark wird Ihr Kind durch dieses Verhalten in seinem Leben eingeschränkt? Ich meine damit z.B., dass es Dinge nicht mehr tun kann, die es früher getan hat oder die gleichaltrige Kinder/Jugendliche tun.*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ bei der Arbeit?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

C 8.2 *Wie stark leidet Ihr Kind darunter?* _____

9.1 *Wünscht sich Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA NEIN**

9.2 *Wünschen Sie sich für Ihr Kind wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Gab es neben dieser aktuellen Problematik frühere Zeiten, in denen die eben besprochenen Essprobleme stärker ausgeprägt waren?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

Extrem

ALKOHOL-, NIKOTIN- UND DROGENMISSBRAUCH (Screening)

1.1 *Hat Ihr Kind schon einmal Alkohol getrunken?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

1.2 *Was hat Ihr Kind getrunken?*

a) <i>Bier</i>	JA	NEIN
b) <i>Wein</i>	JA	NEIN
c) <i>Alkopops</i>	JA	NEIN
d) <i>Sonstiges?</i>	JA	NEIN

Beschreiben:

Die folgenden Fragen (1.3-1.6) sind für alle alkoholischen Getränke, die vom Patienten genommen werden, zu stellen und zu protokollieren.

1.3 *Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal (...) getrunken?* Alter: _____

1.4 *Hat Ihr Kind schon mehrmals (...) getrunken?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.4: weiter zu Frage 2.1.

1.5 *Wie häufig hat Ihr Kind im letzten halben Jahr (...) getrunken?*

a) <i>Jeden Tag</i>	JA	NEIN
b) <i>Fast jeden Tag</i>	JA	NEIN
c) <i>3 bis 4 Mal in der Woche</i>	JA	NEIN
d) <i>1 bis 2 Mal in der Woche</i>	JA	NEIN
e) <i>1 bis 3 Mal im Monat</i>	JA	NEIN
f) <i>Weniger als einmal im Monat</i>	JA	NEIN

1.6 *Wie viel (...) trinkt Ihr Kind dann durchschnittlich?*

Beschreiben:

2.1 *Hat Ihr Kind schon einmal eine Zigarette geraucht?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.1: weiter zu Frage 3.1.

2.2 *Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal eine Zigarette geraucht?* Alter: _____

2.3 *Hat Ihr Kind schon mehrmals eine Zigarette geraucht?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.3: weiter zu Frage 3.1.

- 2.4 *Wie häufig hat Ihr Kind im letzten halben Jahr geraucht?*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Fast jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| c) <i>An 3 bis 4 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| d) <i>An 1 bis 2 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| e) <i>An 1 bis 3 Tagen im Monat</i> | JA | NEIN |
| f) <i>Weniger als einmal im Monat</i> | JA | NEIN |

- 2.5 *Wie viele Zigaretten raucht Ihr Kind dann?*

Beschreiben:

- 3.1 *Hat Ihr Kind schon einmal Cannabis, Marihuana oder Haschisch genommen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 3.1: weiter zu Frage 4.1.

- 3.2 *Wann hat Ihr Kind (...) zum ersten Mal genommen?* Alter: _____

- 3.3 *Hat Ihr Kind schon mehrmals (...) genommen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 3.3: weiter zu Frage 4.1.

- 3.4 *Wie häufig hat Ihr Kind im letzten halben Jahr (...) genommen?*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Fast jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| c) <i>An 3 bis 4 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| d) <i>An 1 bis 2 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| e) <i>An 1 bis 3 Tagen im Monat</i> | JA | NEIN |
| f) <i>Weniger als einmal im Monat</i> | JA | NEIN |

- 3.5 *Wie viel (...) nimmt Ihr Kind dann durchschnittlich?*

Beschreiben:

- 4.1 *Nimmt Ihr Kind irgendetwas (Drogen oder Medikamente) um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 4.1: weiter zu »Nicht-organische Psychose« S. 124.

4.2 Was nimmt Ihr Kind?

- | | | |
|---------------|----|------|
| a) Ecstasy | JA | NEIN |
| b) Speed | JA | NEIN |
| c) Kokain | JA | NEIN |
| d) Heroin | JA | NEIN |
| e) Sonstiges? | JA | NEIN |

Beschreiben:

Die folgenden Fragen (4.3–4.6) sind für alle Substanzen, die vom Patienten genommen werden, zu stellen und zu protokollieren.

4.3 Wann hat Ihr Kind zum ersten Mal (...) genommen? **Alter:** _____

4.4 Wie oft hat Ihr Kind im letzten halben Jahr (...) genommen?

- | | | |
|--------------------|----|------|
| a) Einmal | JA | NEIN |
| b) 2 bis 4 Mal | JA | NEIN |
| c) 5 Mal oder mehr | JA | NEIN |

Falls c) mit **JA** beantwortet wird, weiter mit Fragen 4.5 und 4.6:

4.5 Wie häufig hat Ihr Kind im letzten halben Jahr (...) genommen?

- | | | |
|----------------------------------|----|------|
| a) Jeden Tag | JA | NEIN |
| b) Fast jeden Tag | JA | NEIN |
| c) An 3 bis 4 Tagen in der Woche | JA | NEIN |
| d) An 1 bis 2 Tagen in der Woche | JA | NEIN |
| e) An 1 bis 3 Tagen im Monat | JA | NEIN |
| f) Weniger als einmal im Monat | JA | NEIN |

4.6 Wie viel (...) nimmt Ihr Kind dann durchschnittlich?

Beschreiben:

Hinweis: Weitere Abklärungen bezüglich des Konsums der hier aufgeführten Substanzen können z.B. anhand des DIPS (Schneider & Margraf, 2007) vorgenommen werden.

NICHT-ORGANISCHE PSYCHOSE (Screening)

1. *Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z. B.*

- | | | |
|--|-----------|-------------|
| a) <i>Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in seiner Nähe war?</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Erscheinungen, die niemand anderes sah?</i> | JA | NEIN |
| d) <i>Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um es herum vorging, z.B. dass Menschen Dinge taten, um es zu testen, um gegen es vorzugehen oder ihm zu schaden, so dass Ihr Kind das Gefühl hatte, ständig aufpassen zu müssen?</i> | JA | NEIN |
| e) <i>Hatten Menschen Schwierigkeiten, Ihr Kind zu verstehen, weil seine Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der es sprach, keinen Sinn machte?</i> | JA | NEIN |

Falls **JA** bei a-e:

- f) *Wann geschah dies? (Hier insbesondere abklären, ob Symptome nach Drogeneinfluss, körperlicher Erkrankung usw. aufgetreten sind.)*

Beschreiben:

ALLGEMEINE ANAMNESE

FRÜHERE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

1. *Wurde Ihr Kind jemals wegen Ängsten, Depressionen, Essproblemen oder anderen psychischen Problemen behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**

Wann?	Welche Einrichtung?	Problem, Behandlung, Medikation

FAMILIENGESCHICHTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- 1.1 *Wurde die Mutter des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 1.2 *Hatte die Mutter des Kindes solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**
- 2.1 *Wurde der Vater des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 2.2 *Hatte der Vater des Kindes solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**
- 3.1 *Wurde sonst jemand aus Ihrer Familie (Geschwister, Tante, Onkel, Großeltern) jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 3.2 *Hatte sonst jemand aus Ihrer Familie solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**

Verwandtschaftsgrad	Daten	Beschreibung des Problems	Behandlung

MEDIKATION

Stellen Sie den gegenwärtigen und vergangenen Gebrauch fest.

1. *Nimmt Ihr Kind gegenwärtig irgendwelche Medikamente?*

JA **NEIN**

Falls **JA**:

Gegenwärtiger Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Seit wann eingenommen?

2. *Hat Ihr Kind früher irgendwelche Medikamente genommen?*

JA **NEIN**

Falls **JA**:

Früherer Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Dauer der Einnahme

3. *Hat Ihr Kind Probleme mit Medikamenten erlebt, wie z. B. Nebenwirkungen
oder Entzugserscheinungen?*

JA **NEIN**

Beschreiben:

ZUSAMMENFASSUNG

Was ist das Hauptproblem, für das Ihr Kind Hilfe sucht?

Was ist die Hauptveränderung, die Ihr Kind machen möchte?

Gibt es irgendetwas anderes Wichtiges, wonach ich nicht gefragt habe?

GEISTIGER ZUSTAND/ INTELLIGENZ

INTERVIEWVERHALTEN

NOTIZEN

Hier können Anmerkungen, Besonderheiten des Patienten oder diagnostisch ungeklärte Fragen vermerkt werden:

KLINISCHE EINSCHÄTZUNGEN UND DIAGNOSEN

Es können mehrere Primär- und auch Zusatzdiagnosen gegeben werden. Dies hängt allein von Ihrer klinischen Einschätzung des Patienten ab. Schätzen Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala von 0-8 ein:

		leicht			mäßig		ausgeprägt		schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
		leicht störend/behindernd		deutlich störend/behindernd		stark störend/behindernd		sehr stark störend/behindernd	
SUBKLINISCHER BEREICH					KLINISCHER BEREICH				

DSM-5-DIAGNOSE

Primäre Diagnose

Schweregrad

Zusätzliche Diagnose

Schweregrad

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____

Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

Primäre Diagnose

Schweregrad

Zusätzliche Diagnose

Schweregrad

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____

Ende _____

ZUSAMMENGESETZTE DIAGNOSE (aus Kinder- und Elternversion)

DSM-5-DIAGNOSE

<u>Primäre Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>	<u>Zusätzliche Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Frühere Diagnose</u>			<u>Schweregrad</u>
_____			_____

Zeit: Beginn _____
Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

<u>Primäre Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>	<u>Zusätzliche Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Frühere Diagnose</u>			<u>Schweregrad</u>
_____			_____

Zeit: Beginn _____
Ende _____

Beurteilen Sie die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100:

Falls die Einschätzung unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Kinder-DIPS

Open Access

Diagnostisches Interview bei psychischen
Störungen im Kindes- und Jugendalter

Protokollbogen

Elternversion

3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Version 09/2018)

Silvia Schneider

Verena Pflug

Tina In-Albon

Jürgen Margraf

**Protokollbogen zum
Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen
im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)
- Elternversion -**

ÜBERBLICK

Datum: _____ Interviewer/in: _____

Angaben zum Kind:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Das Kind lebt bei: _____ biologischen Eltern
 _____ Adoptiv- bzw. Pflegeeltern
 _____ sonstige Erziehungsperson (Wer? _____)

Sorgerecht: _____

Angaben zu den Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

Name (Mutter): _____ Geburtsdatum: _____

Anzahl Schuljahre: _____

Berufstätig? **JA NEIN**

Name (Vater): _____ Geburtsdatum: _____

Anzahl Schuljahre: _____

Berufstätig? **JA NEIN**

Familienstand der Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

_____ verheiratet	Frühere Ehen? JA NEIN
_____ ledig	Daten: _____
_____ feste Partnerschaft	Datum _____
_____ getrennt	Datum _____
_____ geschieden	Datum _____
_____ verwitwet	Datum _____
_____ sonstiges	Datum _____

Geschwister:

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

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Wohnsituation:

Art Wohnung _____

Anzahl Zimmer _____

Eigenes Zimmer? Ja Nein

Wo Hausaufgaben? _____

Spielen Nachbarkinder? _____

Hauptschwierigkeiten:

Familie, Freunde, Klassenkameraden:

Schule, Ausbildung, Beruf:

Gesundheit:

Gesetzliche Angelegenheiten:

ALLGEMEINES SCREENING

- | | | | |
|------|----------------------|-----------------------------|------|
| 1. | Brille? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 2. | Hörprobleme? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 3.1 | Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 3.2 | Welche? | <hr/> | |
| 3.3 | Alter: | <hr/> | |
| 4.1 | Turnunterricht? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.2 | Warum nicht? | <hr/> | |
| 4.3 | Sport? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.4 | Basteln, Puzzles? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.5 | Warum nicht? | <hr/> | |
| 4.6 | Hinfallen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.7 | Dinge fallen lassen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.8 | Schönschreiben? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.9 | Ungeschickter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.10 | Schule schlechter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.11 | Einschränkung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 5.1 | Sprachprobleme? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |

- 5.2 Früher? Ja Nein
-
- 5.3 a) Stottern? Ja Nein
 b) Worte suchen? Ja Nein
 c) Sätze bilden? Ja Nein
 d) Verständnis? Ja Nein
 e) Aussprache? Ja Nein
- 5.4 Situationen: _____
- 5.5 Alter: _____
- 5.6 Dauer: _____
- 5.7 Schule schlechter? Ja Nein
- 5.8 Weniger Sprechen? Ja Nein
- 6.1 Schulform: _____
- 6.2 Schulklasse: _____
- 6.3 Sitzengeblieben? Ja Nein
 Klasse: _____
- 6.4 Gerne Schule? Ja Nein
 Warum nicht? _____
- 6.5 Fehlen? Ja Nein
- 6.6 a) Angst Dinge/ Personen? Ja Nein
 b) Trennungsangst? Ja Nein
 c) Soziale Angst? Ja Nein
 d) keine Lust? Ja Nein
 e) depressiv? Ja Nein
 f) Sonstige? Ja Nein
-
- 6.7 Rechenschwierigkeit? Ja Nein
-
- 6.8 Schreibschwierigkeit? Ja Nein
-
- 6.9 Leseschwierigkeit? Ja Nein
-
- 6.10 Schule schlechter? Ja Nein
- 6.11 Förderunterricht? Ja Nein
- 7.1 Schwangerschaft Kompl.? Ja Nein
- 7.2 Welche? _____
- 7.3 Entwicklungsauffälligkeiten Ja Nein
- 7.4 Welche? _____

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

- A 1.1 Ablenkbar? Ja Nein
-

A 1.2 Unruhig? Ja Nein

1.3 Situationen: _____

A 1.4 Früher ablenkbar? Ja Nein

A 1.5 Früher unruhig? Ja Nein

1.6 Früher Situationen: _____

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

A 2.1 _____

A 2.2 _____

A 2.3 _____

A 2.4 _____

A 2.5 _____

A 2.6 _____

A 2.7 _____

A 2.8 _____

A 2.9 _____

A 2.10 _____

A 2.11 _____

A 2.12 _____

A 2.13 _____

A 2.14 _____

A 2.15 _____

A 2.16 _____

A 2.17 _____

A 2.18 _____

B 3.1 Alter: _____

B 3.2 Vor 12. Lebensjahr? Ja Nein

A 4. 6 Monate? Ja Nein

5. Auslöser? Ja Nein

C 6.1 Schule/KiGa schlechter? Ja Nein

C 6.2 Schwierigkeiten

a) Mit Eltern? Ja Nein

b) Mit Freunden? Ja Nein

c) Mit Lehrern? Ja Nein

d) Mit anderen? Ja Nein

D 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- 7.2 Leidensdruck: _____
- 8.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 8.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
- 9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5 und ICD-10 (F90.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein
- D: Ja Nein
- E: Ja Nein

- Mischtypus:
- Vorwiegend Unaufmerksamer Typus:
- Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus:
- Teilremittiert:
- Leicht:
- Mittel:
- Schwer:

STÖRUNG MIT OPPOSITIONELLEM TROTZVERHALTEN

- A 1.1 Ärgerlich, gereizt, streiten, rächen? Ja Nein

- 1.2 Wann?
a) Zu Hause: _____
b) Schule/KiGa: _____
c) Überall: _____
- A 1.3 Früher: Ärgerlich, gereizt, streiten, rächen? Ja Nein

- 1.4 Früher wann?
a) Zu Hause: _____
b) Schule/KiGa: _____
c) Überall: _____
- A 2. Symptomeinschätzung (0-3):
A 2.1 _____
A 2.2 _____
A 2.3 _____

- A 2.4 _____
- A 2.5 _____
- A 2.6 _____
- A 2.7 _____
- A 2.8 (1)_____
- (2)_____

- A 3. Alter: _____
- A 4. 6 Monate? Ja Nein
- 5. Auslöser? Ja Nein

- B 6.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 - a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____

- B 6.2 Leidensdruck Kind: _____
- B 6.3 Leidensdruck Umfeld: _____
- 7.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 7.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
- 8. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

- Leicht:
- Mittel:
- Schwer:

Diagnosekriterien ICD-10 (F91.3):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS

- A 1.1 Aggressiv? Ja Nein
- A 1.2 Früher? Ja Nein

- A 2. Symptomeinschätzung (0-3):
- A 2.1 _____
- A 2.2 _____

- A 2.3 _____
- A 2.4 _____
- A 2.5 _____
- A 2.6 _____
- A 2.7 _____
- A 2.8 _____
- A 2.9 _____
- A 2.10 _____
- A 2.11 _____
- A 2.12 _____

- A 2.13 _____ <13 Jahre alt? Ja Nein
- A 2.14 _____
- A 2.15 _____ Warum? _____
<13 Jahre alt? Ja Nein

- 3.1 Alter: _____
- 3.2 Vor 10. Lebensjahr? Ja Nein
- A 4.1 3 im letzten Jahr? Ja Nein
- A 4.2 1 in letzten 6 Monaten? Ja Nein
- 5. Auslöser? Ja Nein

- A 6 Ärger? Ja Nei

- B 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 - a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____

- B 7.2 Leidensdruck: _____
- 8.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 8.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
- 9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

- Aktuell: Früher:
- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein
- Typ mit Beginn in der Kindheit:
- Typ mit Beginn in der Adoleszenz:
- Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn:
- Mit Reduzierter Prosozialer Emotionalität:

- Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein:
- Gefühlskälte – Mangel an Empathie:
- Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung:
- Oberflächlicher oder mangelnder Affekt:

- Leicht:
- Mittel:
- Schwer:

Diagnosekriterien ICD-10 (F91):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein B: Ja Nein

Beginn in der Kindheit:

Beginn in der Adoleszenz:

TICSTÖRUNGEN

- A 1.1 Bewegungen? Ja Nein
Welche? Mehrere? _____
- A 1.2 Geräusche? Ja Nein
Welche? Mehrere? _____
- A 1.3 Früher Bewegungen? Ja Nein
Welche? Mehrere? _____
- A 1.4 Früher Geräusche? Ja Nein
Welche? Mehrere? _____
- C 2. Alter: _____

Dauer Tourette/chronische motorische oder vokale Ticstörung:

- B 3.1 Länger als ein Jahr? Ja Nein
- B 3.2 Symptomfreiheit? Ja Nein
- B 3.3 Länger als 2 Monate? Ja Nein

Dauer vorübergehende Ticstörung:

- B 4 Kürzer als ein Jahr? Ja Nein
- 5. Etwas merken? Ja Nein

- 6. Beim Schlafen? Ja Nein
- 7.1 Zunahme bei Gefühlen? Ja Nein
- 7.2 Zunahme bei Infekten? Ja Nein
- 8. Abnahme bei
Konzentration? Ja Nein

9. Auslöser? Ja Nein
-
- D 10.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- D 10.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- 11.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____
- 11.2 Leidensdruck: _____
- 12.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 12.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
13. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5: Tourette-Störung:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

Persistierende Motorische oder Vokale Ticstörung:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

Mit ausschließlich motorischen Tics:

Mit ausschließlich vokalen Tics:

Vorläufige Ticstörung:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10:Tourette-Syndrom (F95.2):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein

Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung (F95.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

Vorübergehende Ticstörung (F95.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

A 1.1 Trennungsangst? Ja Nein

A 1.2 Früher? Ja Nein

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

Angst Vermeidung

A 2.1 Leiden _____

A 2.2 (1) Verlust _____
 (2) Etwas zustoßen _____

A 2.3 Ereignis _____

A 2.4 (1) Ungern Schule _____
 (2) Ungern Orte _____

A 2.5 (1) Allein zu Hause _____
 (2) Ungern Orte _____

A 2.6 (1) Nähe am Abend _____
 (2) Nachts aufstehen _____
 (3) Auswärts schlafen _____

A 2.7 Träumen _____

A 2.8 Schmerzen _____

A 2.9 Nachfragen _____

B 3.1 Alter: _____

3.2 Vor 6 Jahren? Ja Nein

B 4.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein

B 4.2 Mindestens 4 Wochen? Ja Nein

5. Auslöser? Ja Nein

C 6.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

- d) Mit Freunden: _____
- C 6.2 Leidensdruck: _____
- 7.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 7.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
8. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein

SPEZIFISCHE PHOBIE

- A 1.1 Spez. Angst? Ja Nein
- A 1.2 Vermeidung? Ja Nein
- A 1.3 Früher spez. Angst? Ja Nein
- 1.4 Früher Vermeidung? Ja Nein
- A,C 2. Einschätzung (0-3):
- | | <u>Angst</u> | <u>Vermeidung</u> |
|------------------------------|--------------|-------------------|
| A,C 2.1 Bestimmte Tiere | _____ | _____ |
| A,C 2.2 Höhen | _____ | _____ |
| A,C 2.3 Unwetter | _____ | _____ |
| A,C 2.4 Wasser | _____ | _____ |
| A,C 2.5 Dunkelheit | _____ | _____ |
| A,C 2.6 Blut/Verletzung (s.) | _____ | _____ |
| A,C 2.7 Blut/Verletzung (a.) | _____ | _____ |
| A,C 2.8 Spritzen | _____ | _____ |
| A,C 2.9 Flugzeug | _____ | _____ |
| A,C 2.10 Auto-/ Busfahren | _____ | _____ |
| A,C 2.11 Enge Räume | _____ | _____ |
| A,C 2.12 Fahrstühle | _____ | _____ |

- A,C 2.13 Geister _____
- A,C 2.14 Laute Geräusche _____
- A,C 2.15 Untersuchungen _____
- A,C 2.16 Verkleidete Personen _____
- A,C 2.17 Erbrechen _____
- A,C 2.18 Sonstiges _____

Phobie 1:

Phobie 2:

- | | | | | | | |
|---|------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------|
| | | | | | | |
| B | 3 | Fast immer Angst? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| E | 4. | Angst stärker? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| E | 5.1 | Alter: | _____ | | _____ | |
| E | 5.2 | Erinnerung Dauer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| E | 5.3 | Min. 6 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 6. | Auslöser? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 7.1 | Organ. Ursache? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 7.2 | Medi./Drogen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| G | 8.1 | Gefühle? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| A | 8.2 | Wutanfälle etc.? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| F | 9.1 | Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung: | | | | |
| | | a) Zu Hause: | _____ | | | |
| | | b) Schule/KiGa: | _____ | | | |
| | | c) Freizeit: | _____ | | | |
| | | d) Mit Freunden: | _____ | | | |
| F | 9.2 | Leidensdruck: | _____ | | | |
| | 10.1 | Wunsch nach Hilfe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |
| | 10.2 | Eigener Wunsch? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |
| | 10. | Wunsch nach Hilfe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |
| | 11. | Früher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |

Spezifische Phobie 1:

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

- Tier:
- Umwelt:
- Blut-Spritzen-Verletzung:
- Situativ:
- Anderer Typus: _____

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.2):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

Spezifische Phobie 2:

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

- Tier:
- Umwelt:
- Blut-Spritzen-Verletzung:
- Situativ:
- Anderer Typus: _____

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.2):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE)

A	1.1	Soziale Angst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
A	1.2	Auch mit Kindern/ Jugendlichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
A	1.3	Früher soziale Angst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
A	1.4	Früher Kinder/ Jugendlichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
B	2	Peinlichkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
A,D	3.	Einschätzung (0-3):			
			<u>Angst</u>	<u>Vermeidung</u>	<u>Kommentar</u>
A,D	3.1	Feiern/Parties	_____	_____	_____
A,D	3.2	Schulklasse	_____	_____	_____
A,D	3.3	Lehrer fragen	_____	_____	_____
A,D	3.4	Essen i. Öffentl.	_____	_____	_____
A,D	3.5	Gruppe sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.6	Schreiben vor and.	_____	_____	_____
A,D	3.7	Treffen mit and.	_____	_____	_____
A,D	3.8	Erw. Sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.9	Autorität sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.10	Selbstsicher sein:			
		(1) Nein sagen	_____	_____	_____
		(2) Andere bitten	_____	_____	_____
A,D	3.11	Geprüft werden	_____	_____	_____
A,D	3.12	Andere Situationen:			
		(1) _____	_____	_____	_____
		(2) _____	_____	_____	_____
C	4.1	Fast immer Angst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
C	4.2	Wutanfälle etc.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
E	5.	Stärker als angem.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
F	6.1	Alter:	_____		
F	6.2	Min. 6 Monate?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

- H 7.1 Auslöser? Ja Nein
-
- H 7.2 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- H 7.3 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- G 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- G 8.2 Leidensdruck: _____
- 9.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 9.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | I: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | J: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Nur in Leistungssituationen: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.2):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

SELEKTIVER MUTISMUS

- A 1.1 Mutismus? Ja Nein
- A 1.2 Situationen: _____

- A 1.3 Normales Sprechen? Ja Nein
-
- A 1.4 Früher Mutismus? Ja Nein
- A 1.5 Früher Situationen: _____
-
- A 1.6 Früher Sprechen? Ja Nein
-
- B 2.1 Verschlechterung? Ja Nein
- B 2.2 Weniger Sprechen? Ja Nein
- 3.1 Schüchtern etc.? Ja Nein
- 3.2 Wütend etc.? Ja Nein
4. Alter: _____
- C 5. Min. 1 Monat? Ja Nein
- D 6. Warum? _____
7. Auslöser? Ja Nein
-
- 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- 8.2 Leidensdruck: _____
- 9.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 9.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F94.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

A	1.1	Sorgen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
A	1.2	Andere Dinge?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
B	1.3	Kontrolle schwierig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
A	1.4	Früher Sorgen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
A	1.5	Früher andere Dinge?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
B	1.6	Früher Kontrolle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
A,B	2.	Einschätzung (0-3):		
			<u>Sorgen</u>	<u>Unkontrollierbarkeit</u>
A,B	2.1	Familie	_____	_____
A,B	2.2	Leistungen	_____	_____
A,B	2.3	Alltägliche Dinge	_____	_____
A,B	2.4	Soziale Themen	_____	_____
A,B	2.5	Eigene Gesundheit	_____	_____
A,B	2.6	Gesundheit Personen	_____	_____
A,B	2.7	Weltgeschehen	_____	_____
A,B	2.8	Sonstiges	_____	_____
<hr/>				
	3.	Alter:	_____	
	4.	Mehrzahl der Tage?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
A	5.1	Erinnerung Dauer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
A	5.2	Min. 6 Monate?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
C	6.	Symptomeinschätzung (0-3):		
C	6.1	Ruhelos	_____	
C	6.2	Müde	_____	
C	6.3	Konzentration	_____	
C	6.4	Reizbar	_____	
C	6.5	Verspannt	_____	
C	6.6	Schlafprobleme	_____	
C	7.1	Dauer Gefühle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
<hr/>				
C	7.2	Mehrzahl der Tage?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
F	8.	Sorgen/ Angst:		
	a)	Traurigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
	b)	Ärger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
	c)	Interessenverlust?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
	9.	Nachfragen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein

- E 10. Auslöser? Ja Nein

- E 11.1 Organ. Ursache? Ja Nein

- E 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein

- D 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- D 12.2 Leidensdruck: _____
- 13.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 13.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.8):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

PANIKANFALL

- 1.1 Starke Angst? Ja Nein

- 1.2 Früher starke Angst? Ja Nein

2. Symptomeinschätzung (0-3):
- 2.1 Herzklopfen _____
- 2.2 Schwitzen _____
- 2.3 Zittern o. Beben _____
- 2.4 Atmen _____
- 2.5 Ersticken _____
- 2.6 Schmerzen Brust _____
- 2.7 Bauchschmerzen _____

- 2.8 Schwindel _____
- 2.9 Wärme/Kälte _____
- 2.10 Taub/Kribbeln _____
- 2.11 Unwirklichkeit _____
- 2.12 Kontrollverlust _____
- 2.13 Sterben _____
- 2.14 Trockener Mund _____
- 3. Anstiegsdauer: _____
- 4. Situationen: _____

- 5. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterium DSM 5:

- Aktuell: Früher:
 Ja Nein

PANIKSTÖRUNG

- A 1.1 Unerwartet? Ja Nein
- A 1.2 Früher? _____

- 2. Häufigkeit?
 a) Pro Tag _____
 b) Pro Woche _____
- B 3.1 a) Sorgen? Ja Nein
 b) Bedeutung? Ja Nein
 c) Verhalten? Ja Nein
- B 3.2 Erinnerung Dauer? Ja Nein
- B 3.3 Min. 4 Wochen? Ja Nein
- D 4. Bestimmte Situationen: _____

- 5. Alter: _____
- C 6.1 Organ. Ursachen? Ja Nein
- C 6.2 Medi./Drogen? Ja Nein

7. Auslöser 1. Anfall? Ja Nein

8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

8.2 Leidensdruck: _____

9.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

9.2 Eigener Wunsch? Ja Nein

10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

D: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F41.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

AGORAPHOBIE

A 1.1 Angst/Vermeidung? Ja Nein

B 1.2 Angst Panikanfall? Ja Nein

B 1.3 Angst vor Peinlichkeit? Ja Nein

A 1.4 Früher Angst/Verm.? Ja Nein

B 1.5 Früher Panikanfall? Ja Nein

B 1.6 Früher Peinlichkeit? Ja Nein

D 2.1 Begleitperson? Ja Nein

2.2 Wer? _____

A,D 3. Symptomeinschätzung (0-3):

Angst Vermeidung Mit Bezugsperson

A,D 3.1 Auto mitfahren _____ _____ _____

A,D 3.2 Flugzeug _____ _____ _____

- A,D 3.3 Öffentl. Verkehrsmittel _____
- A,D 3.4 offene Plätze _____
- A,D 3.5 Brücken _____
- A,D 3.6 Kino, Theater _____
- A,D 3.7 Fahrstühle _____
- A,D 3.8 Kaufhäuser _____
- A,D 3.9 Geschäfte _____
- A,D 3.10 Räume, Tunnel _____
- A,D 3.11 Restaurants _____
- A,D 3.12 Spielplätze,
Menschenmengen _____
- A,D 3.13 Schlange stehen _____
- A,D 3.14 Weg von Zuhause _____
- A,D 3.15 Zu Fuß gehen _____
- A,D 3.16 Sonstiges _____

C 4. Angst fast jedes Mal? Ja Nein

E 5. Mehr als notwendig? Ja Nein

F 6.1 Alter: _____

F 6.2 Min. 6 Monate? Ja Nein

6.3 Nach Panikanfall? Ja Nein

H 7.1 Organ. Ursache? Ja Nein

H 7.2 Medi./Drogen? Ja Nein

H 7.3 Stärker? Ja Nein

G 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

G 8.2 Leidensdruck: _____

9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | I: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.0):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

ZWANGSSTÖRUNG

A1. Zwangsgedanken

A1 1.1 Obsessionen? Ja Nein

A1 1.2 Belastend? Ja Nein

A1 1.3 Aufdringlich? Ja Nein

A1 1.4 Wiederkehrend? Ja Nein

A1 1.5 Mühe zu vertreiben? Ja Nein

A1 1.6 Ängstlich/ unwohl? Ja Nein

A1 1.7 Früher Obsessionen? Ja Nein

A1 1.8 Früher belastend? Ja Nein

A1 1.9 Früher aufdringlich? Ja Nein

A1 1.10 Früher wiederk.? Ja Nein

A1 1.11 Früher Mühe vertr.? Ja Nein

A1 1.12 Früher ängstlich? Ja Nein

Gedanke, Vorstellung, Impuls:

A1 2.1 Zweifel? Ja Nein

A1 2.2 Verunreinigung? Ja Nein

A1 2.3 Sinnlose Gedanken? Ja Nein

A1 2.4 Sinnlose Impulse? Ja Nein

A1 2.5 Aggressive Impulse? Ja Nein

A1 2.6 Verletzung? Ja Nein

A1 2.7 Sexuelle Impulse? Ja Nein

A1 2.8 Religiöse Impulse? Ja Nein

A1 2.9 Sonstige? Ja Nein

3.1 Wahrheitsgehalt (0-3): _____

- 3.2 Überzeugung (0-3): _____
- A1 4.1 Unterdrückung (Gedanken)? Ja Nein
- _____
- A1 4.2 Unterdrückung (Verhalten)? Ja Nein
- _____
- 4.3 Vermeidung (Situationen)? Ja Nein
- _____
- 4.4 Vermeidung (Dinge)? Ja Nein
- _____
- B 5. Übertrieben? Ja Nein
- B 6. Zeitaufwand > 1 Std.? Ja Nein
- B 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- B 7.2 Leidensdruck: _____
- 8.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 8.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
9. Früher? Ja Nein

A2. Zwangshandlungen

- A2 1.1 Zwangshandlungen? Ja Nein
- _____
- A2 1.2 Früher? Ja Nein
- _____

Inhalt (Handlung):

- A2 2.1 Zählen? Ja Nein
- A2 2.2 Kontrollieren? Ja Nein
- A2 2.3 Waschen? Ja Nein
- A2 2.4 Sammeln? Ja Nein
- A2 2.5 Berühren? Ja Nein
- A2 2.6 Internes Wiederhol.? Ja Nein
- A2 2.7 Externes Wiederhol.? Ja Nein
- A2 2.8 Festhalten Regeln? Ja Nein
- A2 2.9 Sonstiges? Ja Nein
- _____
- 3.1 Nachfragen? Ja Nein

- A2 3.2 Angstreduktion? Ja Nein
-
- 4.1 Widerstand? Ja Nein
- 4.2 Vermeidung (Sit.)? Ja Nein
-
- 4.3 Vermeidung (Dinge)? Ja Nein
-
- 4.4 Verm. durch Hilfe? Ja Nein
-
5. Angst bei Reaktionsverhinderung (0-3): _____
6. Befürchtungen: _____
-
7. Übertrieben? Ja Nein
- B 8. Zeitaufwand > 1 Std.? Ja Nein
- B 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- B 9.2 Leidensdruck: _____
- 10.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 10.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
11. Probleme? _____
12. Früher? Ja Nein
13. Alter: _____
14. Auslöser? Ja Nein
-
- C 15.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- C 15.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

A1:

(1) Ja Nein

(2) Ja Nein

B: Ja Nein

C: Ja Nein

A2:

(1) Ja Nein

(2) Ja Nein

D: Ja Nein

Gute Einsicht:

Wenig Einsicht:

Fehlende Einsicht/Wahnhaftige Überzeugungen:

Ticbezogen: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F42):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

TRAUMASCREENING

- 1.1 Überfall, Bedrohung Ja Nein
- 1.2 Ernsthafte Körperverletzung Ja Nein
- 1.3 Schwere Unfall Ja Nein
- 1.4 Naturkatastrophe Ja Nein
- 1.5 Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung Ja Nein
- 1.6 Schwere Verletzung? Ja Nein
- 1.7 Anderes Ja Nein

1.8 Alter _____ 1.Ereignis _____
 weiteres Ereignis _____
 letztes Ereignis _____

- 1.9 Schlimmstes Ereignis? _____
- 1.10 Verletzung, Tod, sex. Gewalt? Ja Nein
- 1.11 Selbst erlebt? _____

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

B,F 2. Wiedererleben (0-3):

	Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
B,F 2.1 (1) Bilder/Gedanken	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Nachspielen	_____	_____	_____	_____	_____
B,F 2.2 (1) Träume	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Angstträume	_____	_____	_____	_____	_____
B,F 2.3 Neuinszenierung	_____	_____	_____	_____	_____
B,F 2.4 Unwohlsein	_____	_____	_____	_____	_____
B,F 2.5 Körperreaktion	_____	_____	_____	_____	_____
2.6 Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
2.7 Wann aufgehört?	_____				

C,F 3. Vermeidung (0-3):

		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
C,F 3.1	Gedanken, Gefühle	_____	_____	_____	_____	_____
C,F 3.2	Orte, Gespräche Handlungen	_____	_____	_____	_____	_____

D,F 4. Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition:

		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
D,F 4.1	Erinnerungen	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.2	Neg. Gedanken (selbst, andere Welt)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.3	Neg. Gedanken (Ursache, Folgen)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.4	Neg. Gefühle (Angst, Schuld)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.5	Weniger Interesse?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.6	Losgelöst, fremd?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F 4.7	Kaum pos. Gefühle?	_____	_____	_____	_____	_____
4.8	Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
4.9	Wann aufgehört?	_____				

E,F 5. Erhöhte Erregung (0-3):

		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
E,F 5.1	Gereiztheit, Wut	_____	_____	_____	_____	_____
E,F 5.2	Gefahr	_____	_____	_____	_____	_____
E,F 5.3	Wachsamkeit	_____	_____	_____	_____	_____
E,F 5.4	Schreckhaftigkeit	_____	_____	_____	_____	_____
E,F 5.5	Konzentration	_____	_____	_____	_____	_____
E,F 5.6	Schlafprobleme	_____	_____	_____	_____	_____
5.7	Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
5.8	Wann aufgehört?	_____				

H 6.1 Organ. Ursache? Ja Nein

H 6.2 Medi./Drogen? Ja Nein

G 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

G 7.2 Leidensdruck: _____

8.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

8.2 Eigener Wunsch? Ja Nein

9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Mit dissoziativen Symptomen:

Depersonalisation:

Derealisation:

Mit verzögertem Beginn:

Diagnosekriterien ICD-10 (F43.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

ENURESIS/ENKOPRESIS

- | | | | | | |
|---|-----|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| A | 1.1 | Nässt/kotet ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| A | 1.2 | Früher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| | 2. | Klein, groß, beides: | _____ | | |
| C | 3.1 | Alter: | _____ | | |
| C | 3.2 | Bereits 4 Jahre alt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| C | 3.3 | Bereits 5 Jahr alt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | 4.1 | Symptomfreie Zeit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | 4.2 | Alter: | _____ | | |
| | 4.3 | Wie lange? | _____ | | |
| D | 5. | Gründe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| | a) | Neurol. Erkrank. | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| | b) | Darmkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| | c) | Blasen-/Nierenerkr. | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| | d) | Andere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |

6. a) Mit Obstipation und Überlaufinkontinenz? Ja Nein
 b) Ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz? Ja Nein
 c) Schmerzen wenn groß? Ja Nein
- B 7 Häufigkeit (Enkopresis):
 a) Min. 1x/Monat/ 3 Monate? Ja Nein
 b) Min. 1x/ Monat/ 6 Monate? Ja Nein
8. a) Nocturna? Ja Nein
 b) Diurna? Ja Nein
 c) Nocturna u. Diurna? Ja Nein
- B 9. Häufigkeit (Enuresis):
 a) Min. 1x/ Monat/ 3 Monate? Ja Nein
 b) Min. 2x/ Monat/ 3 Monate? Ja Nein
 c) Min. 2x/ Woche/ 3Monate? Ja Nein
- B 10.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- B 10.2 Leidensdruck: _____
- 11.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
 11.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
12. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Enuresis:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

Enuresis Nocturna:
 Enuresis Diurna:
 Enuresis Nocturna und Diurna:

Enkopresis:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

Mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz:
 Ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz:

Diagnosekriterien ICD-10:

Enuresis (F98.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

D: Ja Nein

B: Ja Nein

E: Ja Nein

C: Ja Nein

Enuresis Nocturna:

Enuresis Diurna:

Enuresis Nocturna und Diurna:

Enkopresis (F98.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

D: Ja Nein

B: Ja Nein

E: Ja Nein

C: Ja Nein

MAJOR DEPRESSION

A 1.1 Depressive Stimmung? Ja Nein

A 1.2 Gereiztheit? Ja Nein

A 1.3 Interessenverlust? Ja Nein

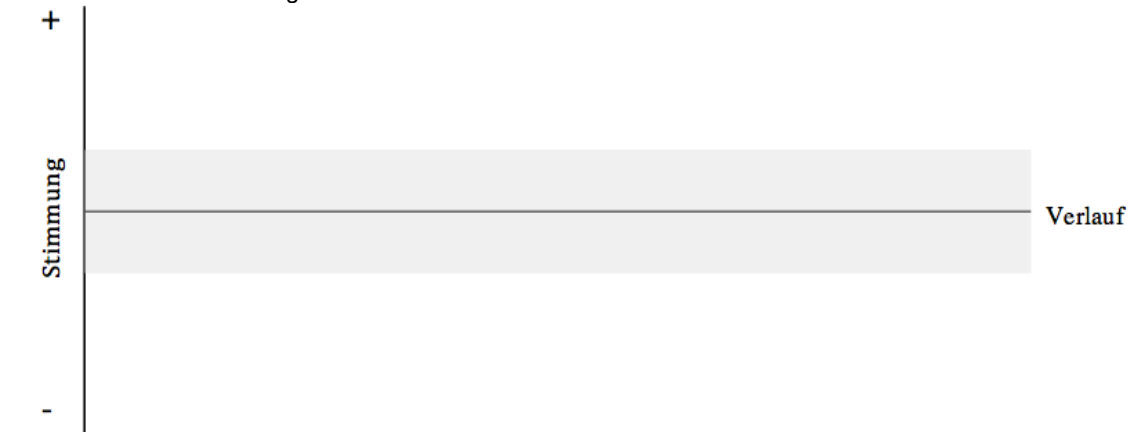
A 1.4 Früher Stimmung? Ja Nein

A 1.5 Früher Gereiztheit? Ja Nein

A 1.6 Früher interesselos? Ja Nein

2. Alter: _____

A 3. Mehrmals so gefühlt? Ja Nein



Erste Phase von _____ bis _____
 Schwerste Phase von _____ bis _____
 Weitere Phasen: von _____ bis _____
 von _____ bis _____

A 4. Symptomeinschätzung (0-3):

		aktuell	schwerste	Mehrzahl der Tage
		_____	_____	_____
		letzte		
A	4.1	(1) Appetitverlust	_____	_____
		(2) Appetitzunahme	_____	_____
		(3) Gewichtszunahme	_____	_____
		(4) Gewichtsabnahme	_____	_____
		(5) Wachsen	_____	_____
A	4.2	(1) Schlaflosigkeit	_____	_____
		(2) Vermehrter Schlaf	_____	_____
A	4.3	(1) Psychomot. Unruhe	_____	_____
		(2) Verlangsamung	_____	_____
A	4.4	Müdigkeit	_____	_____
A	4.5	(1) Selbstwert	_____	_____
		(2) Schuldgefühle	_____	_____
A	4.6	(1) Konzentration	_____	_____
		(2) Entscheidung	_____	_____
A	4.7	(1) Gedanken Tod	_____	_____
		(2) Suizidplan	_____	_____
		(3) Suizidversuch	_____	_____

B,C	5.1	Hochstimmung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
B,C	5.2	Abwechselnd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
B	6.1	Psychot. Symptome?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
B	6.2	Nur zu dieser Zeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
D	7.1	Organ. Ursache?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
D	7.2	Medi./Drogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				
	8.1	Todesfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	8.2	Auslöser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<hr/>				

C 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

- a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____
- C 9.2 Leidensdruck: _____

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
B: Ja Nein

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
B: Ja Nein D: Ja Nein

Rezidivierende depressive Störung (F33):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
B: Ja Nein

PERSITIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)

A 1.1 1 Jahr traurig? Ja Nein

A 1.2 1 Jahr gereizt? Ja Nein

A 1.3 Früher 1 Jahr traurig? Ja Nein

A 1.4 Früher 1 Jahr gereizt? Ja Nein

2. Alter: _____

A 3. Erinnerung Dauer? Ja Nein

A
+
Stimmung
-
|



Erste Phase von _____ bis _____
Schwerste Phase von _____ bis _____
Weitere Phasen: von _____ bis _____
von _____ bis _____

- C 4.1 Symptomfrei? Ja Nein
- C 4.2 a) < 2 Monate _____
 b) ≥ 2 Monate _____
- B 5. Symptomeinschätzung (0-3):
 Mehrzahl der Tage
- B 5.1 (1) Appetitverlust _____
 (2) Appetitzunahme _____
- B 5.2 (1) Schlaflosigkeit _____
 (2) Vermehrter Schlaf _____
- B 5.3 Müdigkeit _____
- B 5.4 Selbstwert _____
- B 5.5 (1) Konzentration _____
 (2) Entscheidung _____
- B 5.6 Hoffnungslosigkeit _____
- B 5.7 Weinen _____
- B 5.8 Alltag bewältigen _____
- B 5.9 Soziale Aktivitäten _____
- B 5.10 Gespräche _____
- B 5.11 Interesse _____
- E 6. Hochstimmung? Ja Nein
-
- F 7.1 Psychot. Symptome? Ja Nein
-
- F 7.2 Nur zu dieser Zeit? Ja Nein
- G 8. Auslöser/ Ereignisse:
- G 8.1 Todesfall? Ja Nein
- G 8.2 Unfall? Ja Nein
- G 8.3 Krankheit? Ja Nein
- G 8.4 Medi.? Ja Nein
- G 8.5 Drogen? Ja Nein
- G 8.6 Probleme? Ja Nein
- H 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- H 9.2 Leidensdruck: _____
- 10.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 10.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
11. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Mit Angst
- Mit Gemischten Merkmalen
- Mit Melancholischen Merkmalen
- Mit Atypischen Merkmalen
- Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen
- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Früher Beginn
- Später Beginn
- Mit Reinem Dysthymen Syndrom
- Mit Persistierender Episode einer Major Depression
- Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit Aktueller Episode
- Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne Aktuelle Episode
- Leicht
- Mittel
- Schwer

Diagnosekriterien ICD-10 (F43.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

DISRUPTIVE AFFEKTREGULATIONSSTÖRUNG

- | | | | | |
|-------|-----|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| A,B | 1.1 | Wutausbrüche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| A,B | 1.2 | Stärker und öfter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | |
| A,B | 1.3 | Früher Wutausbrüche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| A,B | 1.4 | Früher stärker und öfter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C | 2. | mind. 3x pro Woche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | |
| E | 3. | Seit wann? | _____ | |
| E | 3.1 | Länger als 12 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| E | 3.2 | Phase ohne Ausbrüche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- E 3.3 länger als 3 Monate? Ja Nein
- D 4. Stimmung zwischen Ausbrüchen?

- D 4.1 Gereiztheit? Ja Nein
- D 4.2 Wut? Ja Nein
- F 5. Welche Situationen?

- F 5.1 zu Hause? Ja Nein
- F 5.2 Schule? Ja Nein
- F 5.3 mit Gleichaltrigen? Ja Nein
- G 6. Alter >6 u. <18 Ja Nein
- H 7. Alter: _____
- H 7.1 vor 10. Lebensjahr? Ja Nein
- I 8. Evtl. Manie? Ja Nein
- J 9. Evtl. Depression? Ja Nein
- K 10. Auslöser? Ja Nein

- K 11. Organ. Ursache? Ja Nein
- F 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- F 12.2 Leidensdruck: _____
- 13.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 13.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| A: Ja <input type="checkbox"/> Nein | G: Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| B: Ja <input type="checkbox"/> Nein | H: Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| C: Ja <input type="checkbox"/> Nein | I: Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| D: Ja <input type="checkbox"/> Nein | J: Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| E: Ja <input type="checkbox"/> Nein | K: Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| F: Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

SUIZIDSCREENING

- 1.1 Gedanken an Tod? Ja Nein

- 1.2 Gedanken Leben nehmen? Ja Nein
-
- A 1.3 Suizidversuche?
- Einmal: Ja Nein
- Mehrfach: Ja Nein
- Anzahl Versuche _____
-
- 2 Auf welche Weise? _____
- 3 Absicht zu Sterben? Ja Nein
-
- 4 Schwierig zu finden/ retten? Ja Nein
-
- A 5. Innerhalb 2 Jahre? Ja Nein
6. Auslöser? Ja Nein
-
- D 7. Psychotische Symptome? Ja Nein
-
- E 8. Politische Gründe? Ja Nein
- Religiöse Gründe? Ja Nein
9. Häufigkeit Suizidgedanken? _____
10. Suizidplan? Ja Nein
- Wie? _____
11. Vorbereitungen? Ja Nein
-

Vorgeschlagene Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

Aktuell

Frühemittiert

SCHLAF-WACH-STÖRUNGEN

NICHT-ORGANISCHE SCHLAFSTÖRUNGEN

- 1.1 Schlafstörungen? Ja Nein
- 1.2 Früher? Ja Nein
2. Wo schlafen? _____

3. Regelmäßigkeit? Ja Nein
4. Schlafdauer _____
5. Zeitverschiebung? Ja Nein
6. Beschäftigung: _____
- 7.1 Ritual? Ja Nein
- _____
- 7.2 Ohne Ritual? Ja Nein

INSOMNIE

- A 1.1 Ein-/Durchschlafen? Ja Nein
- _____
- A 1.2 Früher
Ein-/Durchschlafen? Ja Nein
- _____
2. Alter: _____
- D 3.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein
- _____
- D 3.2 Min. 3 Monate? Ja Nein
- D 3.3 Häufigkeit _____
- C 3.4 Min. 3 x/Woche? Ja Nein
- E 3.5 Schlafmöglichkeiten? Ja Nein
- _____
- 4.1 Zeit Einschlafen? Ja Nein
- _____
- 4.2 Wie oft pro Woche? Ja Nein
- _____
- 5.1 Anzahl Erwachen? Ja Nein
- _____
- 5.2 Wachphasen? Ja Nein
- _____
- C 5.3 Wie oft pro Woche? Ja Nein
- _____
- D 6.1 Ein-/ Durchschlafprobleme:
- a) Traurigkeit? Ja Nein
- b) Ärger? Ja Nein
- c) Interesseverlust? Ja Nein
- d) Angst/ Sorge? Ja Nein
- F 6.2 Weitere Probleme? Ja Nein
- _____

7. Auslöser? Ja Nein
-
- H 8.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- G 8.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- B 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- B 9.2 Leidensdruck: _____
- 10.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 10.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
11. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Mit einer Nichtschlafbezogenen Psychischen Störung
- Mit einem Anderen Medizinischen Krankheitsfaktor
- Mit einer Anderen Schlafstörung
- Episodisch
- Andauernd
- Rezidivierend

Diagnosekriterien ICD-10 (F51.0):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

HYPERSOMNIE

- A 1.1 Hypersomnie? Ja Nein
-
- A 1.2 Früher? Ja Nein
-
- A 2. Mehrmals täglich? Ja Nein
- A 2.1 > 9 Stunden? Ja Nein
- A 2.2 Schwierigkeit Erwachen? Ja Nein

- A 2.3 Alter: _____
- B 3.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein
-
- B 3.2 Min. 3 Monate? Ja Nein
- B 3.3 Min. 3 Tage/ Woche? Ja Nein
- F 4. Schläfrigkeit:
- a) Traurigkeit? Ja Nein
- b) Ärger? Ja Nein
- c) Interessenverlust? Ja Nein
5. Auslöser? Ja Nein
-
- F 6.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- E 6.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- D 6.3 Weitere Probleme? Ja Nein
-
- C 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- C 7.2 Leidensdruck: _____
- 8.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 8.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Mit einer Psychischen Störung
- Mit einem medizinischen Krankheitsfaktor
- Mit einer Anderen Schlafstörung
- Akut
- Subakut
- Persistent
- Leicht
- Mittel
- Schwer

Diagnosekriterien ICD-10 (F51.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

ALPTRAUM-STÖRUNG

- A 1.1 Alpträume? Ja Nein

- A 1.2 Früher? Ja Nein

- A 2.1 Alter: _____
- 2.2 > 6 Monate? Ja Nein
- 3. Wie oft pro Nacht? Ja Nein

- A 4. Erinnern? Ja Nein
- 5. Häufigkeit:
 - a) < 1x/Woche? Ja Nein
 - b) > 1x/Woche? Ja Nein
 - c) jede Nacht? Ja Nein
- 6. Dauer:
 - a) 1 Monat? Ja Nein
 - b) < 6 Monate? Ja Nein
 - c) > 6 Monate? Ja Nein
- A 7. Eher morgens? Ja Nein
- B 8. Orientierung? Ja Nein
- E 9. Alpträume
 - a) Traurigkeit? Ja Nein
 - b) Ärger? Ja Nein
 - c) Interessenverlust Ja Nein
 - d) Angst/ Sorge? Ja Nein
- 10.1 Auslöser? Ja Nein

- 10.2 Schlimmes Erlebnis? Ja Nein

- D 11.1 Organ. Ursache? Ja Nein

- D 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein

C 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____

C 12.2 Leidensdruck: _____

- 13.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 13.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
- 14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5 und ICD-10 (F51.5):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein
- D: Ja Nein
- E: Ja Nein

- Während des Schlafbeginns:
- In Verbindung mit Nichtschlafstörungen:
- In Verbindung mit Anderen Medizinischen Erkrankungen:
- Verbunden mit Anderen Schlafstörungen:
- Akut:
- Subakut:
- Andauernd:
- Leicht:
- Mittel:
- Schwer:

NREM-PARASOMNIEN

- A 1.1 Pavor Nocturnus? Ja Nein
- A 1.2 Schlafwandeln? Ja Nein
- A 1.3 Früher Pavor Nocturnus? Ja Nein
- A 1.4 Früher Schlafwandeln? Ja Nein
- 2. Alter: _____
- 3.1 Wie oft pro Nacht? _____
- 3.2 Dauer? _____

4. Häufigkeit:
 a) < 1x/Monat? _____
 b) < 1x/Woche? _____
 c) Fast jede Nacht? _____
5. Dauer:
 a) Bis 1 Monat? _____
 b) < 3 Monate? _____
 c) > 3 Monate? _____
- A 6. Früher in der Nacht? Ja Nein
- Falls Schlafwandeln:
7. Gesichtsausdruck? Ja Nein
8. Ansprechbar? Ja Nein
9. Aufweckbar? Ja Nein
- Falls Pavor Nocturnus:
10. Angstschrei? Ja Nein
11. Angst, Erregung? Ja Nein
- _____
12. Leicht beruhigen? Ja Nein
- B 13. Erinnern? Ja Nein
- C 14. Erinnerung morgens? Ja Nein
15. Auslöser? Ja Nein
- _____
- F 16. Organ. Ursache? Ja Nein
- _____
- E 17. Medi./Drogen? Ja Nein
- _____
- D 18.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- C 18.2 Leidensdruck: _____
- 19.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 19.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
20. Früher? Ja Nein

ESSSTÖRUNGEN

1.1 Größe: _____ cm

1.2 Gewicht: _____ kg

BMI: _____

Anorexie? Ja Nein

Übergewicht? Ja Nein

Adipositas? Ja Nein

ANOREXIA NERVOSA

A 1.1 BMI < 10. Perzentil? Ja Nein

A 1.2 Abgenommen? Ja Nein

A 1.3 Wie viel? _____ kg

A 1.4 Früher abgenommen? Ja Nein

A 1.5 Früher wie viel? _____ kg

2.1 Gewichtszunahme? Ja Nein

2.2 Gewicht halten? _____

2.3 Rat von anderen? Ja Nein

B 3.1 Angst zuzunehmen? Ja Nein

B 3.2 Angst zuzunehmen (0-3): _____

B 3.3 Gewichtsgrenze? Ja Nein

B 3.4 Nicht zunehmen? Ja Nein

C 3.5 Zu dick? Ja Nein

C 3.6 Wertlosigkeit? Ja Nein

3.7 Gesundheit schaden? Ja Nein

3.8 Geärgert? Ja Nein

4.1 Was und wie viel? _____

4.2 Denken an Essen? Ja Nein

4.3 Achten auf Essen? Ja Nein

4.4 Verbot von Nahrung? Ja Nein

4.5 Welche/Warum? _____

4.6 Achten auf Menge? Ja Nein

5.1 Diät Ja Nein

5.2 Fasten? Ja Nein

5.3 Sport Ja Nein

- 6.1 Essanfälle? Ja Nein
-
- 6.2 Abführmittel? Ja Nein
-
- 6.3 Erbrechen? Ja Nein
-
- 7.1 Regelblutung? Ja Nein
- 7.2 Ausgesetzt? Ja Nein
- 7.3 Mindestens 3 Mal? Ja Nein
- 7.4 Pille? Ja Nein
- Geschichte:
- 8.1 Alter: _____
- 8.2 Stress? Ja Nein
-
- 8.3 Lebensereignisse: _____
-
- 8.4 Abnehmen? Ja Nein
-
- 9.1 Organ. Ursachen? Ja Nein
-
- 9.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- 10.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- 10.2 Leidensdruck: _____
- 11.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 11.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
12. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein

B: Ja Nein

Restriktiver Typus:

„Binge-Eating/Purging“-Typus:

Teilremittiert

Vollremittiert

Leicht

Mittel

Schwer
 Extrem

Diagnosekriterien ICD-10 (F50.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

BULIMIA NERVOSA

- A 1.1 Essanfälle? Ja Nein

- A 1.2 Kontrollverlust? Ja Nein

- A 1.3 Früher Essanfälle? Ja Nein

- A 1.4 Früher Kontrollverl.? Ja Nein

- 2. Was und wie viel? _____

- B 3.1 Erbrechen? Ja Nein

- B 3.2 Abführmittel? Ja Nein

- B 4.1 Fasten? Ja Nein

- B 4.2 Bewegung? Ja Nein

- 5. Was und wie viel? _____

- 6.1 Sorgen? Ja Nein
- D 6.2 Wertlosigkeit? Ja Nein
- 6.3 Geärgert? Ja Nein
- 6.4 Angst zuzunehmen (0-3):_ _____
- 7.1 Wie viel Essanfälle?
 a) Pro Tag _____
 b) Pro Woche _____
- C 7.2 1x/ Wo. über 3 Monate? Ja Nein
- 8. Geheimhaltung? Ja Nei

9. Auslöser:
- a) Streit? Ja Nein
 - b) Schwierigkeiten? Ja Nein
 - c) Langeweile ? Ja Nein
 - d) Traurigkeit/ Ärger? Ja Nein
 - e) Sonstiges? Ja Nein
-
10. Geschichte:
- 10.1 Alter: _____
- 10.2 Wo? _____
- 10.3 Mit wem? _____
- 10.4 Anfang: _____
- 10.5 Stress? Ja Nein
-
- 10.6 Lebensereignisse: _____
- 10.7 Diät? Ja Nein
-
- 10.8 Abnehmen? Ja Nein
-
- 10.9 Zunehmen? Ja Nein
-
- 10.10 Alter: _____
- 10.11 Welche? _____
- 11.1 Organ. Ursachen? Ja Nein
-
- 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____
- 12.2 Leidensdruck: _____
- 13.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 13.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Leicht
- Mittel
- Schwer
- Extrem

Diagnosekriterien ICD-10 (F50.2):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein
- D: Ja Nein

BINGE-EATING STÖRUNG

- B 1. Essanfälle:
 - a) Schneller? Ja Nein
 - b) Völlegefühl? Ja Nein
 - c) Kein Hunger? Ja Nein
 - d) Unangenehm? Ja Nein
 - e) Schuldgefühle? Ja Nein
- D 2.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein
- D 2.2 Min. 3 Monate? Ja Nein
- D 3.1 Erinnerung Häufigkeit? Ja Nein
- D 3.2 Min. 1x/Woche Ja Nein
- 4. Drang nach Essen suchen:
 - a) Besser fühlen? Ja Nein
 - b) Belohnung? Ja Nein
- 5 Essen verstecken? Ja Nein
- Geschichte:
 - 6.1 Erster Essanfall Alter: _____
 - 6.2 Wo? _____
 - 6.3 Mit wem? _____
 - 6.4 Wie angefangen? _____
 - 6.5 Stress? Ja Nein
 - 6.6 Lebensereignisse _____
 - 6.7 Diät? Ja Nein
 - 6.8 Abnehmen? Ja Nein

- 7.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- 7.2 Medi./Drogen Ja Nein
-

C 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____

C 8.2 Leidensdruck: _____

- 9.1 Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 9.2 Eigener Wunsch? Ja Nein
10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Leicht
- Mittel
- Schwer
- Extrem

ALKOHOL-, NIKOTIN- UND DROGENMISSBRAUCH (Screening)

- 1.1 Alkohol? Ja Nein
- 1.2 Was?
- a) Bier? Ja Nein
- b) Wein? Ja Nein
- c) Alkopops? Ja Nein
- d) Sonstiges? Ja Nein
-

- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| | Bier: | Wein: | Alkopops: | Sonstiges: |
| 1.3 Alter: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 1.4 Mehrmals? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Häufigkeit: | | | | |
| a) Jeden Tag? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| b) Fast jeden Tag? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| c) 3 bis 4x pro Woche? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

d) 1 bis 2x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
e) 1 bis 3x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
f) Weniger 1x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
1.6 Wie viel?	_____	_____	_____	_____				
2.1 Rauchen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
2.2 Alter:	_____							
2.3 Mehrmals?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
2.4 Häufigkeit:								
a) Jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
b) Fast jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
c) 3 bis 4x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
d) 1 bis 2x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
e) 1 bis 3x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
f) Weniger 1x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
2.5 Wie viel?	_____							
3.1 Cannabis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
3.2 Alter:	_____							
3.3 Mehrmals?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
3.4 Häufigkeit:								
a) Jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
b) Fast jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
c) 3 bis 4x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
d) 1 bis 2x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
e) 1 bis 3x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
f) Weniger 1x im Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
3.5 Wie viel?	_____							
4.1 Drogen/Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
4.2 Was?								
a) Ecstasy?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
b) Speed?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
c) Kokain?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
d) Heroin?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						
e) Sonstiges?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>						

	Substanz 1:	Substanz 2:	Substanz 3:	Substanz 4:				
4.3 Alter:	_____	_____	_____	_____				
4.4 Wie oft?								
a) Einmal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b) 2 bis 4x?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
c) 5x oder mehr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.5 Häufigkeit:								
a) Jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b) Fast jeden Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
c) 3 bis 4x pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

- d) 1 bis 2x pro Woche? Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein
 - e) 1 bis 3x im Monat? Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein
 - f) Weniger 1x im Monat? Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein
- 4.6 Wie viel? _____

NICHT-ORGANISCHE PSYCHOSE (Screening)

1. Ungewöhnliche Erfahrungen:
- a) Dinge sehen oder Hören? Ja Nein
 - b) Stimmen hören? Ja Nein
 - c) Erscheinungen? Ja Nein
 - d) Geschehnisse? Ja Nein
 - e) Sprechweise? Ja Nein
 - f) Wann? _____

VERGANGENE PSYCHIATRISCHE GESCHICHTE

1. Behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein

Wann?	Welche Einrichtung?	Problem, Behandlung, Medikation

FAMILIENGESCHICHTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- 1.1 Mutter: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 1.2 Mutter: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein
- 2.1 Vater: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 2.2 Vater: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein
- 3.1 Jemand anders aus Familie: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 3.2 Jemand anders aus Familie: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein

Verwandtschaftsgrad	Daten	Beschreibung des Problems	Behandlung

MEDIKATION

1. Gegenwärtiger Gebrauch von Medikamenten? Ja Nein

Gegenwärtiger Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Seit wann eingenommen?

2. Früherer Gebrauch von Medikamenten? Ja Nein

Früherer Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Dauer der Einnahme

3. Probleme mit Medikamenten? Ja Nein

ZUSAMMENFASSUNG

Hauptproblem/ Hauptveränderung:

Andere Probleme:

GEISTIGER ZUSTAND/INTELLIGENZ

ICD-10-DIAGNOSE

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Frühere Diagnose

Schweregrad

_____	_____
_____	_____

Zeit: Beginn _____
Ende _____

Beurteilen Sie die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100:
Falls die Einschätzung unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Kinder-DIPS

Open Access

Diagnostisches Interview bei psychischen
Störungen im Kindes- und Jugendalter

Interviewleitfaden Kinderversion

3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Version 08/2018)

Silvia Schneider

Verena Pflug

Tina In-Albon

Jürgen Margraf



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

Verena Pflug, M.Sc.
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Professor Dr. Tina In-Albon
Universität Koblenz-Landau
Klinische Psychologie & Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Ostbahnstraße 12
76829 Landau, Deutschland

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

DOI: Kinder-DIPS: 10.13154/rub.101.90

Interviewleitfaden: Kinderversion

Inhaltsverzeichnis

Überblick	7
Allgemeines Screening	13
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung	17
Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	
Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten	22
Störung des Sozialverhaltens.....	25
Ticstörungen	30
Angststörungen	
Störung mit Trennungsangst	33
Spezifische Phobie	37
Soziale Angststörung (Soziale Phobie)	41
Selektiver Mutismus.....	45
Generalisierte Angststörung	48
Panikanfall	53
Panikstörung.....	55
Agoraphobie	58
Zwangsstörung	63
Traumascreening	71
Posttraumatische Belastungsstörung	73
Ausscheidungsstörungen	
Enuresis / Enkopresis	78
Depressive Störungen	
Major Depression	81
Persistierende Depressive Störung (Dysthymie).....	87
Disruptive Affektregulationsstörung.....	92
Suizidscreening	95

Schlaf-Wach-Störungen	97
Insomnie.....	98
Hypersomnie.....	101
Alptraum-Störung.....	104
Essstörungen	107
Anorexia Nervosa.....	108
Bulimia Nervosa.....	112
Binge-Eating-Störung.....	116
Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch (Screening)	119
Nicht-organische Psychose (Screening)	122
Allgemeine Anamnese	123
Frühere psychische Störungen.....	123
Familiengeschichte psychischer Störungen.....	123
Medikation.....	124
Zusammenfassung.....	126
Geistiger Zustand / Intelligenz.....	126
Interviewverhalten.....	126
Notizen.....	126
Klinische Einschätzungen und Diagnosen	127
Zusammengesetzt Diagnose (aus Kinder- und Elternversion)	129

Vorbemerkung

Expertenvalidierung der diagnostischen Fragen

Die einzelnen Störungssektionen wurden deutschsprachigen Experten vorgelegt. Sie wurden gebeten zu beurteilen, ob die diagnostischen Fragen im Interviewleitfaden die DSM-5 Kriterien sinngemäß erfassen. Falls bedeutsame diagnostische Aspekte fehlten, sollten diese von ihnen angemerkt werden. Außerdem konnten von den Experten wichtige diagnostische oder therapierelevante Fragen ergänzt werden, die über die reine DSM-Diagnostik hinausgehen. Nach Eingang der Rückmeldungen wurde der Interviewleitfaden entsprechend überarbeitet und den Experten erneut vorgelegt. Im Folgenden sind alle Experten, die an der Überarbeitung des Kinder-DIPS für DSM-5 beteiligt waren, und die von ihnen durchgesehenen Störungsbereiche in einer Übersicht aufgeführt.

Störungsbereich	Experten
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	Prof. Dr. Hanna Christiansen, Marburg
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	Prof. Dr. Christina Stadler, Basel
Störung des Sozialverhaltens	Prof. Dr. Christina Schwenck, Gießen
Ticstörungen	Prof. Dr. Veit Rößner, Dresden
Trennungsangst Spezifische Phobie	Prof. Dr. Nina Heinrichs, Braunschweig
Soziale Angststörung Selektiver Mutismus	Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier, Freiburg
Generalisierte Angststörung	Prof. Dr. Eni Becker, Nijmegen

Panikstörung Agoraphobie	Prof. Dr. Georg Alpers, Mannheim
Zwangsstörung	Prof. Dr. Christoph Wewetzer Gunilla Wewetzer, Köln
Posttraumatische Belastungsstörung	Prof. Rita Rosner, Eichstätt Prof. Dr. Lutz Goldbeck, Ulm
Major Depression Dysthymie	Prof. Dr. Martin Hautzinger, Tübingen
Disruptive Affektregulationsstörung	Prof. Dr. Martin Holtmann, Bochum/Hamm
Suizidscreening	Dr. Tobias Teismann, Bochum
Enuresis/Enkopresis	Prof. Dr. Alexander von Gontard, Homburg
Schlaf-Wach-Störungen	Prof. Dr. Angelika Schlarb, Bielefeld
Essstörungen	Prof. Silja Vocks, Osnabrück

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

Mit Buchstaben versehene Fragen: Generell sind Fragen, die an den Patienten gestellt werden, immer kursiv gedruckt. Die Fragen sollen möglichst wortwörtlich übernommen werden. Fragen mit einem Buchstaben sind für die Diagnosestellung nach DSM-5 unabdingbar. Der Buchstabe verweist dabei auf die jeweilige Fragestellung des entsprechenden Diagnosekriteriums.

Hinweise: Hinweise müssen vor dem ersten Gebrauch des Interviews gelesen werden, da diese wichtige Instruktionen für die Interview-Durchführung geben. Für die reliable und valide Durchführung des Interviews wird auf das Handbuch verwiesen.

Symptom- 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.

- D 4. *Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Panikanfälle besonders häufig auftreten?*
(Prüfen, ob Panikanfälle nicht besser durch andere Psychische Störungen z.B. Soziale Ängstlichkeit oder Spezifische Phobie erklärt werden können.)

Beschreiben:

Falls keine unerwarteten Angstanfälle: weiter zu »Agoraphobie« S. 56.

5. *Wann hast Du zum ersten Mal solch eine unerwartete Angst verspürt?* Alter: _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Bei Schulbeginn« etc.

- C 6.1 *Warst Du krank, kurz bevor Du das erste Mal einen Panikanfall hattest?* JA NEIN

Beschreiben:

- C 6.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

7. *Gab es etwas, von dem Du denkst, dass es den ersten Panikanfall ausgelöst hat? War vor dem ersten Panikanfall etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* JA NEIN

Beschreiben:

- 8.1 Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun? Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
 b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
 c) *in der Freizeit?* _____
 d) *mit Freunden?* _____

- 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen der Panikanfälle Hilfe?* JA NEIN

54

Copyright © 2017 Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf

PS

Fragen ohne Buchstaben: Diese Fragen sind weiterführende Fragen, die für die Therapie oder für die ICD-Diagnose relevant sein können oder eine genauere Analyse des Problemverhaltens erlauben.

Abkürzungen: Abkürzungen dienen einer schnelleren Orientierung bei der Benutzung des Leitfadens. Eine Abkürzungsübersicht finden Sie auf der folgenden Seite.

Abkürzungen

Ü	Überblick – 7
AS	Allgemeines Screening – 13
AD	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung – 17
SOT	Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten – 22
SDS	Störung des Sozialverhaltens – 25
TS	Ticstörung – 30
STA	Störung mit Trennungsangst – 33
SP	Spezifische Phobie – 37
SA	Soziale Angststörung (Soziale Phobie) – 41
SM	Selektiver Mutismus – 45
GAS	Generalisierte Angststörung – 48
PAN	Panikanfall – 53
PS	Panikstörung – 55
AG	Agoraphobie – 58
ZS	Zwangsstörung – 63
TRS	Traumascreening – 71
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung – 73
ENU	Enuresis/Enkopresis – 78
MD	Major Depression – 81
DS	Persistierende Depressive Störung (Dysthymie) – 87
DAR	Disruptive Affektregulationsstörung – 92

SU	Suizidscreening – 95
IN	Insomnie – 98
HS	Hypersomnie – 101
ALP	Alptraum-Störung – 104
AN	Anorexia Nervosa – 108
BN	Bulimia Nervosa – 112
BES	Binge-Eating-Störung – 116
AND	Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch (Screening) – 119
PSY	Nicht-organische Psychose (Screening) – 122
ANM	Allgemeine Anamnese – 123
KED	Klinische Einschätzung und Diagnosen – 127
ZD	Zusammengesetzte Diagnose – 129

ÜBERBLICK

Datum: _____ Interviewer/in: _____

Angaben zum Kind:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Familienstand der Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

_____ verheiratet

Frühere Ehen? **JA** **NEIN**

_____ ledig

Daten: _____

_____ feste Partnerschaft

Datum _____

_____ getrennt

Datum _____

_____ geschieden

Datum _____

_____ verwitwet

Datum _____

_____ sonstiges

Datum _____

Geschwister:

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

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Wohnsituation:

In was für einer Wohnung lebst Du (z.B. Mehr-, Einfamilienhaus) _____

Wie groß ist die Wohnung? *Anzahl Zimmer:* _____

Hast du ein eigenes Zimmer? **JA NEIN**

Wo machst du deine Hausaufgaben? _____

Spielst Du mit anderen Kindern in Deiner Nachbarschaft? _____

Das Interview beginnt mit einer kurzen Einführung und einer Erklärung des Zweckes des Interviews. Zunächst sollte eine knappe Beschreibung des Vorstellungsgrundes erfasst werden. In diesem Abschnitt wird vorläufig festgestellt, ob Ängste, Hyperaktivität, depressive Verstimmungen oder andere Probleme vorliegen.

Nachfolgend werden zeitliche Anker exploriert, die die Bestimmung der Dauer bestimmter Symptome insbesondere bei jüngeren Kindern erleichtern können. Auch im Laufe des Interviews können vom Interviewer an entsprechenden Stellen immer wieder solche zeitlichen »prompts« gesetzt werden (z.B. »Hast Du diese Angst seit den Sommerferien, nachdem Du Röteln hattest?« etc.).

Ich werde Dich nun zu einer Reihe von Verhaltensweisen befragen. Für mich ist es nicht nur wichtig zu erfahren, ob sie bei Dir vorkommen, sondern auch seit wann dies so ist. Es ist häufig einfacher, sich an frühere Zeiten zu erinnern, wenn man sich an bestimmten Ereignissen zu dieser Zeit orientiert.

Kannst Du Dich an ein besonderes Ereignis erinnern (z.B. letzter Geburtstag, Ferienbeginn, Krankheit etc.)?

Ich werde Dir eine Anzahl von Fragen zu unterschiedlichen Bereichen stellen, in denen Kinder und Jugendliche Schwierigkeiten oder Probleme haben können. Zunächst würde ich gerne einen Überblick darüber bekommen, welche Art von Problemen bei Dir in letzter Zeit im Vordergrund stehen. Was waren oder sind Deine Hauptschwierigkeiten?

Wenn Du einen Hauptgrund nennen solltest, warum Du heute hier bist, was wäre das?

Gab es bei Dir in jüngster Zeit (im letzten halben Jahr) Veränderungen oder Schwierigkeiten mit

Familie, Freunden, Klassenkameraden? _____

Schule, Ausbildung, Beruf? _____

Gesundheit? _____

Gesetzlichen Angelegenheiten? _____

ALLGEMEINES SCREENING

Nach dieser kurzen Befragung:

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

Chronische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung

1. *Hast Du Probleme mit dem Sehen? Trägst Du eine Brille oder Kontaktlinsen, damit Du besser sehen kannst?* JA NEIN

2. *Hast Du Schwierigkeiten mit dem Hören?* JA NEIN

- 3.1 *Leidest Du an einer bestimmten Krankheit (z.B. Asthma, Allergien, Diabetes, Epilepsie, Hauterkrankungen etc.)?* JA NEIN

Falls **JA**, bestimmen Sie Art und Dauer der Erkrankung:

- 3.2 *An welcher Krankheit leidest Du?*

Beschreiben:

- 3.3 *Seit wann hast Du diese Krankheit?* Alter: _____

Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung

- 4.1 *Gehst Du gerne in den Turnunterricht?* JA NEIN

Falls **NEIN**:

- 4.2 *Warum nicht?*

- 4.3 *Machst Du Sport in Deiner Freizeit?* JA NEIN

Beschreiben:

- 4.4 *Bastelst Du gerne, machst Du gerne Puzzles?* JA NEIN

Falls **NEIN**:

- 4.5 *Warum nicht?*

- 4.6 *Passiert es Dir oft, dass Du hinfällst oder stolperst?* JA NEIN

Beschreiben:

- 4.7 *Passiert es Dir oft, dass Du Gegenstände fallen lässt?* JA NEIN

Beschreiben:

- 4.8 *Fällt es Dir schwer, schön zu schreiben, z.B. auf einer Linie oder in den dafür vorgesehenen Kästchen?* **JA NEIN**
- 4.9 *Denkst Du, dass Du ungeschickter bist als andere Kinder in Deinem Alter, z.B. im Turnunterricht, beim Basteln oder beim Schreiben?* **JA NEIN**

Falls eindeutig NEIN bei 4.9: weiter zu »Kommunikationsstörungen«.

- 4.10 *Bist Du dadurch schlechter in der Schule/bei der Arbeit?* **JA NEIN**
- 4.11 *Fühlst Du Dich dadurch eingeschränkt in Deinem Leben, z.B. in der Schule/ bei der Arbeit, in Deiner Freizeit, im Umgang mit Deinen Freunden?* **JA NEIN**

Kommunikationsstörungen

- 5.1 *Fällt Dir das Sprechen schwer?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Falls JA bei 5.1: weiter zu Frage 5.3.

- 5.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Dir das Sprechen schwer gefallen ist?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 5.1 und 5.2: weiter zu Schulschwierigkeiten.

Falls das Kind noch nicht in die Schule geht: weiter zu »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung« S. 17.

- 5.3 *Wenn Dir das Sprechen schwer fällt,*
- a) *kommt es dann vor, dass Du stotterst?* **JA NEIN**
 - b) *kommt es dann vor, dass Dir Worte nicht einfallen?* **JA NEIN**
 - c) *hast Du dann Mühe, ganze Sätze zu bilden?* **JA NEIN**
 - d) *verstehst Du dann Worte oder Sätze nicht, die andere Kinder in Deinem Alter verstehen?* **JA NEIN**
 - e) *hast Du dann Mühe, Wörter richtig auszusprechen?* **JA NEIN**

- 5.4 *In welchen Situationen kommt es vor, dass Du diese Probleme mit dem Sprechen hast?*

Beschreiben:

- 5.5 *Seit wann hast Du diese Probleme mit dem Sprechen?* **Alter:**_____

5.6 *Wie lange dauerte dies an?*

Beschreiben:

5.7 *Bist Du dadurch schlechter in der Schule/bei der Arbeit?* **JA** **NEIN**

5.8 *Sprichst Du dadurch weniger mit anderen Kindern oder Erwachsenen?* **JA** **NEIN**

Falls das Kind noch nicht in die Schule geht: weiter zu »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung« S. 17.

Schulschwierigkeiten

Angaben zur Schule:

6.1 *Was für eine Schulform besucht Du?*

Schulform: _____

6.2 *In welche Klasse gehst Du?*

Schulklasse: _____

6.3 *Bist Du schon einmal Sitzengeblieben?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, in welcher Klasse: _____

6.4 *Gehst Du gerne in die Schule?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN**, aus welchen Gründen? _____

6.5 *Fehlst Du regelmäßig in der Schule (einzelne Schulstunden oder ganze Tage)?* **JA** **NEIN**

Falls NEIN bei 6.5, weiter zu Frage 6.7.

6.6 *Gehst Du nicht mehr zur Schule,*

a) *weil Du dort vor bestimmten Dingen oder Personen
(Lehrern, Klassenkameraden) Angst hast?* **JA** **NEIN**

b) *weil Du Angst hast vor einer Trennung von deinen Eltern oder sonstigen
Bezugspersonen?* **JA** **NEIN**
(Störung mit Trennungsangst abklären)

c) *weil Du Angst hast, dich im Unterricht zu melden, vor der Klasse
etwas zu sagen oder vor Prüfungen?* **JA** **NEIN**
(Soziale Angststörung abklären)

d) *weil Du keine Lust hast und lieber etwas anderes machen möchtest
(z.B. Computer spielen, dich mit Freunden treffen ...)?* **JA** **NEIN**
(Externalisierende Störungen abklären)

e) *weil Du müde, erschöpft, antriebslos oder traurig bist?* **JA** **NEIN**
(Depressive Störungen abklären)

f) *sonstige Gründe* _____ **JA** **NEIN**

6.7 *Fällt Dir das Rechnen schwerer als anderen Kindern in Deiner Klasse?* JA NEIN

Beschreiben:

6.8 *Fällt Dir das Schreiben schwerer als anderen Kindern in Deiner Klasse?* JA NEIN

Beschreiben:

6.9 *Fällt Dir das Lesen schwerer als anderen Kindern in Deiner Klasse?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls NEIN bei 6.7–6.9: weiter zu »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung« S. 17.

6.10 *Bist Du dadurch schlechter in der Schule?* JA NEIN

6.11 *Hast Du deswegen Förderunterricht oder ähnliches bekommen?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Bezüglich der hier aufgeführten Problembereiche werden weitere, spezifische fachärztliche (z.B. Sehschwäche) bzw. testpsychologische (z.B. Sprachentwicklungstests) Abklärungen benötigt, um eine genaue Diagnose stellen zu können.

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- / HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

F90 Hyperkinetische Störungen

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Ich möchte Dir jetzt ein paar Fragen zu Deinem Verhalten stellen.

- A 1.1 *Fällt es Dir im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in deinem Alter oft schwer, aufmerksam zu sein, lässt Du Dich leicht z.B. von Dingen um Dich herum ablenken?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Bist Du im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in deinem Alter oft sehr unruhig/ungeduldig, kannst Du z.B. nicht still sitzen bleiben, musst Du Dich ständig bewegen, kannst Du nicht abwarten, bis Du an der Reihe bist?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.3 *In welchen Situationen kommt es vor, dass Du so unaufmerksam/unruhig bist (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der es Dir im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in deinem Alter oft schwer gefallen ist, aufmerksam zu sein, hast Du Dich z.B. von Dingen um Dich herum ablenken lassen?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.5 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen in deinem Alter oft sehr unruhig/ungeduldig gewesen bist, konntest Du z.B. nicht still sitzen bleiben, musstest Du Dich ständig bewegen, konntest Du nicht abwarten, bis Du an der Reihe warst?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.6 *In welchen Situationen ist es vorgekommen, dass Du so unaufmerksam/unruhig gewesen bist (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.5: weiter zu »Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten« S. 22.

- A 2. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und Wenn ja, wie oft.*

Hinweis: Die Frage nach der Häufigkeit der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden:

»Wie oft stehst Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden während des Unterrichts auf und läufst herum?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

- | | | Häufigkeit |
|-------|--|------------|
| a) | <u>Unaufmerksamkeit</u> | |
| A 2.1 | <i>Wenn Du z.B. Schulaufgaben machst, passieren Dir da Flüchtigkeitsfehler?</i> | _____ |
| A 2.2 | <i>Fällt es Dir schwer, Dich länger auf ein Spiel oder eine Aufgabe zu konzentrieren?</i> | _____ |
| A 2.3 | <i>Kommt es vor, dass Du nicht zuhörst, wenn Deine Eltern oder andere Personen mit Dir sprechen?</i> | _____ |
| A 2.4 | <i>Bringst Du Dinge nicht zu Ende, z.B. Schulaufgaben, Erledigungen für Deine Eltern?</i> | _____ |
| A 2.5 | <i>Wechselst Du sehr schnell von einem Spiel zum anderen oder bei den Schulaufgaben von einer Aufgabe zur anderen, ohne dass Du das erste Spiel/ die erste Aufgabe beendet hast?</i> | _____ |
| A 2.6 | <i>Gehst Du Spielen oder Aufgaben aus dem Weg, bei denen Du aufmerksam sein musst, z.B. Schulaufgaben?</i> | _____ |
| A 2.7 | <i>Verlierst Du Gegenstände, die Du zum Spielen oder auch für die Schule brauchst, z.B. Spielsachen, Hefte, Stifte?</i> | _____ |
| A 2.8 | <i>Wirst Du sehr leicht durch andere Dinge abgelenkt, z.B. wenn Du andere Kinder draußen spielen siehst, oder durch Geräusche?</i> | _____ |
| A 2.9 | <i>Bist Du vergesslich, vergisst Du z.B. Aufgaben, die Du am Tag eigentlich noch erledigen wolltest?</i> | _____ |

b) Hyperaktivität/Impulsivität

Hyperaktivität

A 2.10 *Zappelst Du, z.B. mit den Händen oder Füßen, oder rutschst Du auf dem Stuhl herum?* _____

A 2.11 *Kannst Du nur schwer sitzen bleiben, wenn es von Dir verlangt wird, z.B. in der Schule oder am Tisch?* _____

A 2.12 *Läufst Du hin und her oder kletterst auf Möbel, z.B. Stühle, wenn Du Eigentlich ruhig sein solltest, z.B. in der Schule oder beim Essen? (für Jugendliche: Fühlst Du Dich ruhelos?)* _____

A 2.13 *Kannst Du nur schwer ruhig spielen/einem Hobby nachgehen?* _____

A 2.14 *Bewegst Du Dich insgesamt viel mehr, als es Deinen Eltern oder anderen Menschen recht ist?* _____

A 2.15 *Redest Du mehr, als es Deinen Eltern oder Lehrern recht ist?* _____

Impulsivität

A 2.16 *Platzt Du mit einer Antwort heraus, bevor die Frage vollständig gestellt ist?* _____

A 2.17 *Kannst Du beim Spielen/ bei einer Tätigkeit oder in einer Gruppe nur schwer abwarten, bis Du an der Reihe bist?* _____

A 2.18 *Kommt es vor, dass Du andere Kinder störst oder unterbrichst, z.B. beim Spielen oder Reden?* _____

Falls weniger als 6 Symptome (5 Symptome bei ≥ 17 Jahre) bei a) **oder** bei b) erfüllt sind: weiter zu »Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten« S. 22.

B 3.1 *Seit wann fällt es Dir schwer (...)?* **Alter:** _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

B 3.2 *War das schon so, bevor Du 12 Jahre alt warst?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

- A 4. *Dauern diese Schwierigkeiten seit mindestens 6 Monaten an?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

5. *Als das anfangt, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- C 6.1 *Bist Du in der Schule/ im Kindergarten deswegen schlechter geworden?* **JA NEIN**

- C 6.2 *Hast Du wegen dieser Schwierigkeiten oft Ärger oder Streit mit*

a) *Deinen Eltern?* **JA NEIN**

b) *Deinen Freunden?* **JA NEIN**

c) *Deinen Lehrern?* **JA NEIN**

d) *anderen Leuten? (Wenn ja, mit wem?)* **JA NEIN**

Hinweis: Für die Diagnosestellung muss eine Beeinträchtigung in mindestens 2 Lebensbereichen gegeben sein.

- D 7.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- 7.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

8. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Bei diesem Störungsbild empfiehlt es sich, neben der DSM-5 und ICD-10 Diagnostik eine testpsychologische Untersuchung zu Intelligenz, Leistung und Entwicklung durchzuführen. Weitere Hinweise dazu finden sich z.B. bei Döpfner, Frölich & Lehmkuhl (2000) oder Lauth & Schlottke (2002).

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Typus:

Mischtypus

Vorwiegend Unaufmerksamer Typus

Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus

Verlauf:

Teilremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

STÖRUNG MIT OPPOSITIONELLEM TROTZVERHALTEN

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigen Verhalten

Jedes Kind ist irgendwann einmal trotzig oder zum Streiten aufgelegt. Wie ist das bei Dir?

- A 1.1 *Kommt es bei Dir häufig vor, dass Du ärgerlich oder gereizt bist, Dich viel mit anderen streitest oder Dich an anderen rächen möchtest?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.2 *Wann verhältst Du Dich so?*

- a) *Nur zu Hause gegenüber Eltern/Geschwistern* _____
b) *Nur in der Schule/ im Kindergarten* _____
c) *Überall* _____

Hinweis: Es kommt bei dieser Störung häufig vor, dass das symptomatische Verhalten nur zu Hause bei den Eltern auftritt, nicht aber in der Schule, gegenüber Lehrern oder Gleichaltrigen. Nach DSM-5 darf sich das Verhalten nicht nur auf ein Geschwisterkind beschränken, sondern muss darüber hinaus noch bei mindestens einer anderen Person gezeigt werden.

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der es bei Dir sehr häufig vorgekommen ist, dass Du ärgerlich oder gereizt warst, Dich viel mit anderen gestritten hast oder Dich an anderen rächen wolltest?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

- 1.4 *Wann hast Du Dich so verhalten?*

- a) *Nur zu Hause gegenüber Eltern/Geschwistern:* _____
b) *Nur in der Schule/ im Kindergarten:* _____
c) *Überall:* _____

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Störung des Sozialverhaltens« S. 25.

- A 2. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Hinweis: Die Frage nach der Häufigkeit der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden:

»Wie oft streitest Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden mit Erwachsenen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

Häufigkeit

- A 2.1 *Kommt es vor, dass Du schnell wütend wirst?* _____
- A 2.2 *Bist Du reizbar oder lässt Du Dich von Anderen leicht verärgern?* _____
- A 2.3 *Kommt es vor, dass Du verärgert und beleidigt bist?* _____
- A 2.4 *Kommt es vor, dass Du Dich mit Erwachsenen streitest?* _____
- A 2.5 *Widersetzt Du Dich Regeln/Aufforderungen, die Dir Erwachsene geben, z.B. bei der Mithilfe im Haushalt?* _____
- A 2.6 *Tust Du mit Absicht etwas, was andere Personen verärgert?* _____
- A 2.7 *Wenn Du einen Fehler machst, schiebst Du dann die Schuld auf andere?* _____
- A 2.8 (1) *Kommt es vor, dass Du boshaft bist, anderen extra schadest und Dich darüber auch freust? (mindestens zweimal innerhalb der letzten 6 Monate)* _____
 (2) *Kommt es vor, dass Du nachtragend bist, kannst Du z.B. nicht vergessen, was jemand anderes Dir getan hat und möchtest es ihm heimzahlen? (mindestens zweimal innerhalb der letzten 6 Monate)* _____

Falls weniger als vier Symptome erfüllt sind: weiter zu »Störung des Sozialverhaltens« S. 25.

- A 3. *Seit wann ist es so, dass Du oft (...)?* **Alter:** _____
 (z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« ...)
- A 4. *Dauern diese Schwierigkeiten seit mind. 6 Monaten an?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

Hinweis: Nach DSM-5 muss bei unter 5-jährigen Kindern das Verhalten an den meisten Tagen und bei älteren Kindern mindestens einmal pro Woche über die 6 Monate hinweg auftreten.

5. *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- B 6.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
c) *in der Freizeit?* _____
d) *mit Freunden?* _____

- B 6.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

7. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 8.

8. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS

F91 Störungen des Sozialverhaltens

- A 1.1 *Bist Du sehr aggressiv, gewalttätig gegenüber anderen Personen, in Schlägereien verwickelt, stiehlt Du, machst Du Dinge von anderen kaputt oder schwänzt Du die Schule?*

JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du sehr aggressiv, gewalttätig gegenüber anderen Personen warst, in Schlägereien verwickelt warst, gestohlen hast, Dinge von anderen kaputt gemacht hast oder häufig weggelaufen bist?*

JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Ticstörungen« S. 30.

- A 2. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie oft.*

Hinweis: Die Frage nach der Häufigkeit der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie oft kommt es im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden vor, dass Du Tiere quälst?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

Häufigkeit

- a) Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

- A 2.1 *Kommt es vor, dass Du andere Menschen tyrannisierst, ihnen z.B. drohst, sie einschüchterst oder sie anders belästigst?* _____

- A 2.2 *Ist es so, dass Du schon öfters Schlägereien angefangen hast?* _____

- A 2.3 *Hast Du schon einmal von einer Waffe (z.B. Messer, Schlagstock) Gebrauch gemacht, z.B. bei einer Schlägerei?* _____

Beschreiben (Welche Waffe?):

A 2.4 *Bist Du schon einmal körperlich grausam gegenüber anderen Menschen gewesen, hast Du sie z.B. geschlagen, getreten oder bespuckt, obwohl sie sich nicht wehren konnten?* _____

Beschreiben:

A 2.5 *Hast Du schon einmal Tiere gequält?* _____

Beschreiben:

A 2.6. *Hast Du andere Personen bestohlen, wenn diese dabei waren (Überfall, Erpressung, Taschendiebstahl)?* _____

Beschreiben:

A 2.7 *Hast Du schon einmal jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen, obwohl er/sie das nicht wollte?* _____

Beschreiben:

b) Zerstörung von Eigentum

A 2.8 *Hast Du schon einmal irgendwo ein Feuer gelegt mit der Absicht jemandem zu schaden?* _____

Beschreiben:

A 2.9 *Kommt es vor, dass Du Sachen, die anderen gehören, absichtlich beschädigst oder kaputt machst?* _____

Beschreiben:

c) Betrug oder Diebstahl

A 2.10 *Hast Du schon einmal eingebrochen, z.B. in fremde Wohnungen, andere Gebäude oder in Autos?* _____

Beschreiben:

A 2.11 *Kommt es vor, dass Du nicht die Wahrheit sagst, um dadurch einen Vorteil zu haben, z.B. um Dich vor den Hausaufgaben zu drücken, Geld zu bekommen, nicht bestraft zu werden, weil Du etwas angestellt hast? (Betroffene/r tut dies nicht, um körperliche oder sexuelle Misshandlung abzuwenden)* _____

Beschreiben:

A 2.12 *Hast Du schon einmal etwas gestohlen oder Dir angeeignet, was wertvoll war, z.B. Ladendiebstahl oder durch Fälschung?* _____

Beschreiben:

d) Schwere Regelverstöße

A 2.13 *Kommt es vor, dass Du über Nacht von zu Hause fortbleibst, obwohl es Deine Eltern Dir nicht erlaubt haben?* _____

Falls **JA**: *War das bevor Du 13 Jahre alt warst?* **JA** **NEIN**

A 2.14 *Ist es schon vorgekommen, dass Du von zu Hause weggelaufen bist und dann nachts nicht mehr nach Hause zu Deinen Eltern (anderen Bezugspersonen) zurückgekehrt bist?*

Beschreiben:

Hinweis: Um als erfülltes Kriterium zu gelten, muss dies schon mindestens zwei Mal für eine Nacht vorgekommen sein oder einmal für länger.

A 2.15 *Kommt es vor, dass Du nicht zur Schule/zur Arbeit gehst?* _____
(außer Krankheit, Urlaub etc.)

Falls **JA**: *Warum?* _____
(Trennungsangst/Schulphobie ausschließen)

War das bevor Du 13 Jahre alt warst? **JA** **NEIN**

Falls die für die Diagnose erforderlichen Symptome nicht erfüllt sind: weiter zu »Ticstörungen« S. 30.

3.1 *Seit wann ist es so, dass Du (...)?* **Alter:** _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, zur Bestimmung des Typus Frage 3.2 explizit stellen:

3.2 *War mindestens ein Verhalten schon so da, bevor Du 10 Jahre alt warst?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit Schulbeginn« etc.

A 4.1 *Sind mindestens drei der von Dir bestätigten Beispiele innerhalb eines Jahr aufgetreten?* **JA** **NEIN**

A 4.2 *Ist mindestens eines der von Dir bestätigten Beispiele innerhalb eines halben Jahres aufgetreten?* **JA** **NEIN**

5. *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- A 6. *Hast Du durch Dein Verhalten Ärger mit Deinen Eltern, der Schule oder der Polizei bekommen?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- B 7.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 7.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

8. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hattest?* **JA NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Beginn:

Typ mit Beginn in der Kindheit

Typ mit Beginn in der Adoleszenz

Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn

Zusatzkodierungen:

Mit Reduzierter Prosozialer Emotionalität

Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein

Gefühlskälte – Mangel an Empathie

Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung

Oberflächlicher oder mangelnder Affekt

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

TICSTÖRUNGEN

F95 Ticstörungen

F95.0 Vorübergehende Ticstörung

F95.1 Chronische motorische oder vokale Ticstörung

F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Du plötzlich und immer wieder Bewegungen machst, die Du eigentlich gar nicht machen möchtest (z.B. Blinzeln, ruckartige Bewegungen des Kopfes, Gesichtszuckungen, Mundaufsperrn, Schulterzucken, Beinzucken, Aufstampfen, Trippelschritte)?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob eine oder mehrere solche Bewegungen vorkommen und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

- A 1.2 *Kommt es vor, dass Du plötzlich und immer wieder Geräusche machst, die Du eigentlich gar nicht machen möchtest (z.B. Grunzen, Fiepen, Schnauben oder Laute)?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob ein oder mehrere solche Geräusche vorkommen und notieren Sie das unter »Beschreiben«

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du plötzlich und immer wieder Bewegungen gemacht hast, die Du eigentlich gar nicht machen wolltest?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob eine oder mehrere solche Bewegungen vorgekommen sind und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du plötzlich und immer wieder Geräusche gemacht hast, die Du eigentlich gar nicht machen wolltest?* **JA NEIN**

Klären Sie ab, ob ein oder mehrere solche Geräusche vorgekommen sind und notieren Sie das unter »Beschreiben«.

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Störung mit Trennungsangst« S. 33.

C 2. *Seit wann tritt das bei Dir auf?* Alter: _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Tics kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

Dauer für Tourette-Störung/Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung:

B 3.1 *Zeigt sich das Verhalten bereits seit länger als einem Jahr?* JA NEIN

Falls JA:

B 3.2 *Gab es in dieser Zeit eine Phase, in der das Verhalten nicht aufgetreten ist?* JA NEIN

Falls JA:

B 3.3 *Dauerte diese Phase länger als 2 Monate an?* JA NEIN

Dauer für vorläufige Ticstörung:

B 4. *Zeigt sich das Verhalten seit weniger als einem Jahr?* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Tics kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

5. *Merkst Du irgendwas, bevor solche Bewegungen/Geräusche vorkommen?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Kinder jünger als 10 Jahre bemerken die Tics oft selber nicht und berichten selten über sogenannte sensomotorische Vorgefühle.

6. *Kommt das auch vor, wenn Du schläfst?* JA NEIN

7.1 *Nimmt das bei Ärger, Freude zu?* JA NEIN

7.2 *Nimmt das nach Nasen-Rachen-Infekten zu?* JA NEIN

8. *Nimmt das ab, wenn Du Dich ganz und gar auf andere Dinge konzentrierst, z.B. Computerspiele, Schulunterricht, Sport?* JA NEIN

Beschreiben:

9. *Als das anfing, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* JA NEIN

Beschreiben:

D 10.1 *Warst Du krank, kurz bevor das begann?* JA NEIN

Beschreiben:

D 10.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

11.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt?
Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere
Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

11.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

12. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 13.

13. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen
Probleme stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Ich möchte Dir jetzt ein paar Fragen zu verschiedenen Ängsten stellen, die Kinder und Jugendliche haben können.

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- A 1.1 *Hast Du große Angst, Dich von Deinen Eltern (anderen Bezugspersonen) zu trennen (z.B. wenn Du zum Kindergarten oder zur Schule gehen sollst, oder wenn Du einmal woanders als zu Hause schlafen sollst)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du große Angst hattest, Dich von Deinen Eltern (anderen Bezugspersonen) zu trennen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Spezifische Phobie« S.37.

- A 2. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie oft bzw. wie stark Du gewisse Situationen meidest.*

Hinweis: Die Frage nach der Häufigkeit bzw. dem Schweregrad der Symptome und der Vermeidung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden:

»Wie stark hast Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Angst, dass Deinen Eltern etwas zustoßen könnte?«, »Wie oft meidest Du es im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden, alleine zu Hause zu bleiben?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit bzw. den Schweregrad der Symptome und das Ausmaß der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet	vermeidet	vermeidet	vermeidet
nie/selten	manchmal	oft	sehr oft/immer

Wie stark ist Deine Angst vor Situationen wie:

Wie oft vermeidest Du Situationen wie:

		Angst	Vermeidung
A	2.1. Leidest Du, wenn Du von Deinen Eltern getrennt wirst oder getrennt werden könntest (bist Du unglücklich, traurig, hast Du Angst, schreist Du, wirst Du wütend)?	_____	
A	2.2 (1) Sorgst Du Dich darum, dass Du Deine Eltern verlieren könntest, dass sie z.B. weggehen und nicht wieder kommen, oder dass sie sterben?	_____	
	(2) Sorgst Du Dich darum, dass Deinen Eltern etwas zustoßen könnte?	_____	
A	2.3 Bist Du besorgt, dass ein schlimmes Ereignis (z.B. ein Unfall, eine Entführung) Dich von Deinen Eltern trennen könnte?	_____	
A	2.4 (1) Gehst Du ungern in die Schule, weil Du lieber zu Hause oder bei Deinen Eltern bleiben möchtest?	_____	_____
	(2) Gehst Du ungern an andere Orte (z.B. zu Freunden), weil Du lieber zu Hause bei Deinen Eltern bleiben möchtest?	_____	_____
A	2.5 (1) Bist Du ungern alleine zu Hause ohne Deine Eltern?	_____	_____
	(2) Bist Du ungern an anderen Orten (z.B. bei Freunden), ohne dass Deine Eltern oder andere Erwachsene dabei sind?	_____	_____
A	2.6 (1) Möchtest Du, dass Deine Eltern am Abend, wenn Du schlafen gehst, solange bei Dir sind, bis Du eingeschlafen bist?	_____	_____
	(2) Stehst Du nachts auf und gehst zu Deinen Eltern?	_____	
	(3) Schläfst Du ungern auswärts, z.B. bei Freunden?	_____	_____
A	2.7 Träumst Du davon, dass Du von Deinen Eltern getrennt bist oder getrennt werden könntest?	_____	
A	2.8 Hast Du Kopfweh, Bauchschmerzen oder ist Dir übel, wenn Du Dich von Deinen Eltern trennen sollst (z.B. wenn Du in die Schule musst, Du auf eine Klassenfahrt sollst)?	_____	
	2.9 Wenn Du von Deinen Eltern getrennt bist, musst Du dann immer wieder bei Deinen Eltern anrufen und nachfragen, ob alles in Ordnung ist oder ob sie bald nach Hause kommen?	_____	

Falls weniger als 3 Symptome bei 2.1-2.8 erfüllt sind: weiter zu „Spezifischer Phobie“ S. 37.

- B 3.1 *Seit wann hast Du diese Angst, Dich von Deinen Eltern zu trennen oder alleine zu sein?*

Alter: _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 explizit stellen:

- 3.2 *Hattest Du diese Angst schon, bevor Du 6 Jahre alt warst?*

JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »*Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn*« etc.

- B 4. *Dauert diese Angst vor (...) mind. 4 Wochen an?*

JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »*Seit den Herbstferien*« etc.

5. *Als diese Angst begann, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?*

JA NEIN

Beschreiben:

- C 6.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?*

b) *in der Schule/ Kindergarten?*

c) *in der Freizeit?*

d) *mit Freunden?*

- C 6.2 *Wie stark leidest Du darunter?*

7. *Wünschst Du Dir wegen dieser Angst Hilfe?*

JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 8.

8. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochene Angst stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SPEZIFISCHE PHOBIE

F40.2 Spezifische Phobie

F93.1 Phobische Störung des Kindesalters

- A 1.1 *Gibt es bestimmte Dinge, vor denen Du Dich fürchtest (z.B. Tiere, mit dem Flugzeug fliegen, Gewitter, Dunkelheit, Arzt/Zahnarzt, Spritzen, laute Geräusche, verkleidete Personen)?* JA NEIN

Beschreiben:

- 1.2 *Gibt es bestimmte Dinge, die Du absichtlich vermeidest (z.B. Tiere, mit dem Flugzeug fliegen, Wasser, laute Geräusche, Schule, verkleidete Personen)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du Dich vor Dingen gefürchtet hast?* JA NEIN

Beschreiben:

- 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du Dinge vermieden hast?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Soziale Angststörung« S. 41.

- A, C 2. *Ich werde Dir jetzt einige Dinge oder Situationen nennen und Dich dann fragen, wie sehr Du Dich davor fürchtest und wie oft Du sie vermeidest.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Angst/Vermeidung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr fürchtest/ meidest Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Höhen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß der Angst und der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet nie/selten	vermeidet manchmal	vermeidet oft	vermeidet sehr oft/immer

Wie sehr fürchtest Du Dich vor Dingen oder Situationen wie:

Wie oft vermeidest Du Dinge oder Situationen wie:

	Angst	Vermeidung
a) <u>Tier-Typus</u>		
A, C 2.1 <i>Bestimmte Tiere</i> (Wenn ja, welche?)	_____	_____
b) <u>Umwelt-Typus</u>		
A, C 2.2 <i>Höhen</i> (z.B. auf einen Turm steigen)	_____	_____
A, C 2.3 <i>Unwetter</i> (z.B. Gewitter, Stürme)	_____	_____
A, C 2.4 <i>Wasser</i> (z.B. Seen, Meer)	_____	_____
A, C 2.5 <i>Dunkelheit</i>	_____	_____
c) <u>Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus</u>		
A, C 2.6 <i>Blut oder Verletzungen bei Dir selber</i> (z.B. aufgeschlagenes Knie)	_____	_____
A, C 2.7 <i>Blut oder Verletzungen bei anderen</i>	_____	_____
A, C 2.8 <i>Spritzen</i> (z.B. Impfungen)	_____	_____
d) <u>Situativer Typus</u>		
A, C 2.9 <i>Mit dem Flugzeug fliegen</i>	_____	_____
A, C 2.10 <i>Autofahren/Busfahren</i>	_____	_____
A, C 2.11 <i>Enge, geschlossene Räume, Tunnels</i>	_____	_____
A, C 2.12 <i>Fahrstühle</i>	_____	_____
e) <u>Anderer Typus</u>		
A, C 2.13 <i>Geister</i>	_____	_____
A, C 2.14 <i>Laute Geräusche</i> (z.B. Feuerwerk, Schüsse)	_____	_____
A, C 2.15 <i>Untersuchungen beim Arzt/Zahnarzt</i>	_____	_____
A, C 2.16 <i>Verkleidete Personen</i>	_____	_____
A, C 2.17 <i>Erbrechen</i>	_____	_____
A, C 2.18 <i>Sonstiges?</i> _____	_____	_____

Falls keine Angst oder Vermeidung bei 2.1–2.18 angegeben wird: weiter zu »Soziale Angststörung« S. 41.

Die weiteren Fragen sind bezüglich der zwei Situationen zu stellen, die die stärkste Angst bzw. Vermeidung hervorrufen.

1. _____ 2. _____

B 3. *Hast Du die Angst fast jedes Mal, wenn Du (...) begehst?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

E 4. *Seit wann hast Du diese Angst vor (...)?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

E 5. *Dauert diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

6. *Als diese Angst anfing, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**
Beschreiben:

7.1 *Warst Du krank, als diese Angst begann?* **JA NEIN**
Beschreiben:

7.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Hinweis: Falls hier Hinweise auf Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftauchen, sollte die Diagnose »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

G 8.1 *Wenn Du diese Angst hast, hast Du dann Gefühle/Empfindungen wie z.B. Erröten, Zittern, unangenehmes Gefühl im Bauch, Übelkeit, Herzklopfen, Schwitzen (Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder situationsbegünstigten Panikanfalls)?* **JA NEIN**
Beschreiben:

A 8.2 *Wenn Du diese Angst hast, weinst Du dann, hast Du Wutanfälle, erstarrst Du oder klammerst Dich an jemanden an?* **JA NEIN**
Beschreiben:

- F 9.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- F 9.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

10. *Wünschst Du Dir wegen dieser Angst Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochene Angst stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE)

F40.1 Soziale Phobie

F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

- A 1.1 *Bist Du oft ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt, wenn Du mit anderen Menschen zusammen bist und von diesen beobachtet oder bewertet werden könntest (z.B. wenn Du mit fremden Kindern/ Jugendlichen sprechen sollst, einen Vortrag hältst, vor anderen isst)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.2 *Tritt diese Angst auch auf, wenn Du mit Kindern und Jugendlichen zusammen bist und nicht nur bei Erwachsenen?* JA NEIN

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du oft ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt warst, wenn Du mit anderen Menschen zusammen warst und von anderen beobachtet oder bewertet werden konntest (z.B. wenn Du mit fremden Kindern/ Jugendlichen sprechen solltest, einen Vortrag gehalten hast, vor anderen gegessen hast)?* JA NEIN

Beschreiben

Falls **JA**:

- A 1.4 *Trat diese Angst auch auf, wenn Du mit anderen Kindern und Jugendlichen zusammen warst und nicht nur bei Erwachsenen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Selektiver Mutismus« S. 45.

- B 2. *Befürchtest Du in solchen Situationen, dass Du etwas Peinliches tun oder sagen könntest, so dass andere schlecht von Dir denken oder Du andere kränken könntest?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.: weiter zu »Selektiver Mutismus« S. 45.

A, D 3. *Ich werde Dir jetzt einige Situationen nennen und Dich dann fragen, wie sehr Du Dich davor fürchtest und wie oft Du die Situationen vermeidest, weil Du mit Fremden zusammen bist oder von anderen beobachtet/bewertet wirst und etwas Peinliches sagen oder tun könntest.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Angst/Vermeidung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr fürchtest/vermeidest Du es im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden, vor einer Gruppe zu sprechen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala für jede Situation das Ausmaß der Angst und der Vermeidung ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet nie/selten	vermeidet manchmal	vermeidet oft	vermeidet sehr oft/immer

*Wie sehr fürchtest Du Dich in folgenden Situationen, weil Du mit fremden Leuten zusammen bist oder weil Du beobachtet/ bewertet wirst und etwas Peinliches sagen oder tun könntest:
Wie oft vermeidest Du Situationen wie:*

	Angst	Vermeidung	Kommentare
A, D 3.1 <i>Geburtstagsfeste/Parties</i>	_____	_____	_____
A, D 3.2 <i>In der Schulklasse etwas sagen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.3 <i>Den Lehrer/die Lehrerin fragen, wenn Du etwas nicht verstanden hast</i>	_____	_____	_____
A, D 3.4 <i>Essen mit anderen Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.5 <i>Vor einer Gruppe sprechen (z.B. Gedicht)</i>	_____	_____	_____
A, D 3.6 <i>Vor anderen schreiben (z.B. in der Schule etwas an die Tafel schreiben, Schulaufgaben machen, etwas ausfüllen)</i>	_____	_____	_____
A, D 3.7 <i>Treffen/Spielen mit anderen Kindern/Jugendlichen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.8 <i>Mit fremden Erwachsenen sprechen</i>	_____	_____	_____
A, D 3.9 <i>Mit Autoritätspersonen sprechen (z.B. Arzt, Lehrer, Polizist)</i>	_____	_____	_____

A, D 3.10 *Selbtsicher sein, z.B.*

- (1) *Nein sagen, wenn Du etwas nicht tun möchtest, was andere Kinder/Jugendliche von Dir verlangen (z.B. etwas ausleihen)* _____
- (2) *andere bitten, ihr Verhalten zu ändern (z.B. aufhören, Dich zu plagen/zu ärgern)* _____

A, D 3.11 *Vor der Schulklasse geprüft werden* _____

A, D 3.12 *Andere Situationen*

- a) _____
- b) _____

Falls keine Angst oder Vermeidung bei 3.1–3.12 angegeben wird: weiter zu »Selektiver Mutismus« S.45.

Die weiteren Fragen sind bezüglich der Situation zu stellen, die die stärkste Angst bzw. Vermeidung hervorruft.

C 4.1 *Hast Du die Angst fast jedes Mal, wenn Du (...) erlebst?* **JA NEIN**

C 4.2 *Wenn Du diese Angst hast, weinst Du dann, hast Du Wutanfälle, bist Du dann ganz starr vor Angst, ziehst Du Dich zurück oder sprichst dann nicht mehr?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

F 5.1 *Seit wann hast Du diese Angst?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 5.2 explizit stellen:

F 5.2 *Dauert diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

- H 6.1 *Als diese Angst anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- H 6.2 *Warst Du krank, als diese Angst begann?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- H 6.3 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

Hinweis: Falls hier Hinweise auf Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftauchen, sollte die Diagnose »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

- G 7.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- G 7.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

8. *Wünschst Du Dir wegen dieser Angst Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochene Angst stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:
 Nur in Leistungssituationen

SELEKTIVER MUTISMUS

F94.0 Selektiver Mutismus

- A 1.1 *Gibt es Situationen, in denen Du gar nicht sprichst, obwohl dies erwartet wird (z.B. in der Schule, wenn andere Kinder/Jugendliche dabei sind, wenn es um bestimmte Themen geht)?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:

- A 1.2 *Was für Situationen sind das?*

Beschreiben:

- A 1.3 *Gibt es daneben Situationen, in denen Du ganz normal sprichst?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.3: weiter zu Frage 2.1

- A 1.4 *Gab es jemals Situationen, in denen Du gar nicht gesprochen hast, obwohl dies erwartet wurde?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:

- A 1.5 *Was für Situationen waren das?*

Beschreiben:

- A 1.6 *Gab es daneben Situationen, in denen Du ganz normal gesprochen hast?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.4: weiter zu »Generalisierte Angststörung« S. 48.

- B 2.1 *Bist Du dadurch schlechter in der Schule?* **JA** **NEIN**

- B 2.2 *Sprichst Du dadurch weniger mit anderen Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen?* **JA** **NEIN**

- 3.1 *Bist Du sehr schüchtern (anhänglich, ziehst Du Dich oft zurück) und möchtest alleine sein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- 3.2 *Bist Du oft sehr wütend, ärgerlich oder trotzig?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

4. *Seit wann ist es so, dass Du in den genannten Situationen nicht sprichst?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Sprechunfähigkeit kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

- C 5. *Dauert das mindestens einen Monat an?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Sprechunfähigkeit darf sich nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränken.

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Sprechunfähigkeit kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

- D 6. *Kannst Du mir sagen, warum Du dann nicht sprichst? Liegt es daran, dass Du die Sprache nicht verstehst oder Dich in der Sprache nicht wohl fühlst?* **JA NEIN**

Beschreiben:

7. *Bevor Du nicht mehr gesprochen hast, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- 8.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
c) *in der Freizeit?* _____
d) *mit Freunden?* _____

- 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

F41.1 Generalisierte Angststörung

F93.80 Generalisierte Angststörung des Kindesalters

- A 1.1 *Hast Du häufig Ängste oder machst Du Dir Sorgen über ganz verschiedene Dinge, vielleicht mehr als eigentlich nötig wäre?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls die Patienten als eine hauptsächliche Quelle ihrer Angst Anspannungen oder Befürchtungen nennen, die in Erwartung von Angstanfällen oder der Konfrontation mit phobischen Situationen entstehen, z.B. »Ich befürchte, einen Angstanfall zu bekommen; Ich mache mir Sorgen, sobald ich weiß, dass ich eine Brücke zu überqueren habe«, zusätzlich fragen:

- A 1.2 *Gibt es andere bestimmte Dinge als (...), die bei Dir Spannungsgefühle, Angst oder Sorge hervorrufen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA:

- B 1.3 *Fällt es Dir schwer, die Sorgen zu kontrollieren (abzustellen, einzuschränken)?* JA NEIN

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

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du häufig Ängste und Sorgen wegen ganz verschiedenen Dingen hattest, vielleicht mehr als eigentlich nötig gewesen wären?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.5 *Gab es andere bestimmte Dinge als (...), die bei Dir Spannungsgefühle, Angst oder Sorge hervorgerufen haben?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA:

- B 1.6 *Ist es Dir schwer gefallen, die Sorgen zu kontrollieren (abzustellen, einzuschränken)?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.6: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

A, B 2. *Ich werde Dir jetzt verschiedene Lebensbereiche nennen und Dich dann fragen, wie stark Du Dir darüber Ängste/Sorgen machst und wie schwierig es für Dich ist, diese Sorgen zu kontrollieren.*

Hinweis: Die Frage nach dem Ausmaß und der Kontrollierbarkeit der Ängste/Sorgen kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie stark machst Du Dir im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Sorgen, dass Dir oder Deiner Familie etwas Schlimmes passieren könnte?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß und die Kontrollierbarkeit der Ängste/Sorgen ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
keine	leichte	starke	sehr starke
Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten

*Wie stark hast Du Ängste/Sorgen bezüglich:
Wie schwer fällt es Dir, die Sorgen zu kontrollieren
(abzustellen, einzuschränken) bezüglich:*

Ausprägung Unkontrollierbarkeit der Sorgen

- A, B 2.1 *Familie (z.B. dass Dir oder Deiner Familie etwas passiert?)* _____
- A, B 2.2 *Leistung in Schule/Ausbildung, Sport (z.B. alles richtig zu machen, gut zu sein)* _____
- A, B 2.3 *Alltägliche Dinge (z.B. pünktlich zu sein, nichts zu vergessen)* _____
- A, B 2.4 *Soziale Themen (z.B. dass andere Dich nicht mögen?)* _____
- A, B 2.5 *Eigene Gesundheit* _____
- A, B 2.6 *Gesundheit nahe stehender Personen* _____
- A, B 2.7 *Weltgeschehen (z.B. Kriege, Naturkatastrophen, Unfälle)* _____
- A, B 2.8 *Sonstiges?* _____

Beschreiben:

Falls eindeutig keine Hinweise auf übermäßige/unkontrollierbare Angst und Sorge: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

3. *Seit wann hast Du diese Ängste/Sorgen?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Sorgen kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

4. *Wenn Du diese Ängste/Sorgen hast, an wie vielen Tagen pro Woche ist das? Hast Du dann jeden Tag, an der Mehrzahl der Tage oder nur an einigen wenigen Tagen Ängste/Sorgen?*

Mehrzahl der Tage / Woche: **JA NEIN**

A 5. *Hast Du mindestens ein halbes Jahr lang an der Mehrzahl der Tage unter diesen Ängsten/Sorgen gelitten?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Sorgen kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

C 6. *Ich werde Dir jetzt eine Reihe von Gefühlen/Empfindungen nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie stark hast Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Herzklopfen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der typischen Symptome während der Ängste/Sorgen ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Schweregrad

Wenn Du diese Ängste/Sorgen hast:

C 6.1 *Bist Du ruhelos oder ständig auf dem Sprung?* _____

C 6.2 *Bist Du müde und erschöpft?* _____

C 6.3 *Hast Du Mühe, Dich zu konzentrieren oder das Gefühl, dass Dein Kopf leer ist?* _____

C 6.4 *Bist Du gereizt/schlecht gelaunt?* _____

C 6.5 *Hast Du verspannte Muskeln?* _____

C 6.6 *Hast Du Probleme mit dem Schlafen?* _____

Falls kein Symptom bei 6.1–6.6 erfüllt ist: weiter zu »Panikanfall« S. 53.

C 7.1 *Erinnerst Du Dich, wie lange diese Gefühle/Empfindungen bei Dir gedauert haben?*

JA NEIN

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Frage 7.2 explizit stellen:

C 7.2 *Hattest Du diese Gefühle/Empfindungen während des letzten halben Jahres an der Mehrzahl der Tage?*

JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

F 8. *Hast Du diese Ängste/Sorgen nur, wenn Du*

a) *sehr traurig bist?*

JA NEIN

b) *sehr ärgerlich oder gereizt bist?*

JA NEIN

c) *Dinge, die Du sonst gerne tust, nicht mehr tun willst?*

JA NEIN

9. *Wenn Du diese Ängste/Sorgen hast, musst Du dann bei Deinen Eltern oder Lehrern immer wieder nachfragen, ob alles in Ordnung (z.B. Pünktlichkeit, Gesundheit usw.) ist?*

JA NEIN

E 10. *Als diese Ängste/dieses Sorgenmachen anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?*

JA NEIN

Beschreiben:

E 11.1 *Warst Du krank, kurz bevor dies begann?*

JA NEIN

Beschreiben:

E 11.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?*

JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Fragen mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden

- D 12.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- D 12.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

13. *Wünschst Du Dir wegen dieser Ängste/Sorgen Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Ängste/Sorgen stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

PANIKANFALL

Nach dem DSM-5 ist ein Panikanfall keine kodierbare Diagnose. Diagnostiziert wird die spezifische Diagnose, innerhalb der Panikanfälle auftreten. Nach dem DSM-5 können Panikanfälle im Rahmen von allen Angststörungen oder auch anderen psychischen Störungen z.B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Störung auftreten.

- 1.1 *Kommt es vor, dass Du innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommst oder Dir ganz unwohl wird?*
Evtl. weiter erläutern: *Solche Angstzustände können ganz unerwartet auftreten, sie können aber auch in Situationen auftreten, vor denen Du Dich fürchtest, z.B. bei bestimmten Tieren, wenn Du alleine bist, wenn Du in der Klasse etwas sagen sollst.*

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du innerhalb kurzer Zeit starke Angst bekommen hast oder Dir ganz unwohl wurde?*

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

2. *Ich werde Dir jetzt eine Reihe von Gefühlen/Empfindungen nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr hast Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Herzklopfen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der typischen Symptome während eines Panikanfalls ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wenn Du diese Angst hast, hast Du dann üblicherweise Gefühle/Empfindungen wie:

Schweregrad

- 2.1 *Herzklopfen, -rasen, -stolpern* _____

- 2.2 *Schwitzen* _____

- 2.3 *Zittern oder Beben* _____

- 2.4 *nur schwer oder gar nicht atmen zu können* _____

- 2.5 *Erstickungsgefühle* _____
- 2.6 *Schmerzen oder unangenehmes, beklemmendes Gefühl in der Brust* _____
- 2.7 *Bauchschmerzen, unangenehmes Gefühl im Bauch oder Übelkeit* _____
- 2.8 *Schwindel, Unsicherheit oder der Ohnmacht nahe zu sein* _____
- 2.9 *warm oder kalt am ganzen Körper* _____
- 2.10 *Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen, als wenn Deine Hände oder Füße einschlafen würden* _____
- 2.11 *dass alles um Dich herum nicht wirklich ist und Du nicht dazu gehörst, als wenn Du neben Dir stehen würdest* _____
- 2.12 *Angst, Kontrolle zu verlieren oder durchzudrehen* _____
- 2.13 *Angst zu sterben* _____
- 2.14 *trockener Mund* _____

Hinweis: Falls keine vier Symptome genannt wurden, die Symptome des schwersten Anfalls in einem zweiten Schritt erfragen.

- 3. *Wie lange dauert es dann, bis diese Angst ganz stark ist?* _____ **Minuten**

Falls der Angstgipfel nie innerhalb von wenigen Minuten erreicht wurde und weniger als 4 Symptome genannt wurden: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

- 4. *Wann bzw. wo treten die Panikanfälle auf (z.B. in der Schule, zu Hause etc.)?*

Beschreiben:

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 5.

- 5. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Panikanfälle stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

PANIKSTÖRUNG

F41.0 Panikstörung

Die Fragen zur Panikstörung sind nur zu stellen, wenn das Kind bzw. der Jugendliche Panikanfälle hat oder zu einem früheren Zeitpunkt hatte.

- A 1.1 *Treten die Panikanfälle meistens unerwartet, aus heiterem Himmel auf?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der die Panikanfälle meistens unerwartet, aus heiterem Himmel aufgetreten sind?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

2. *Wie häufig kommt es vor, dass Du solche unerwarteten Panikanfälle hast*

a) *pro Tag?* _____

b) *pro Woche?* _____

- B 3.1 *Hast Du schon einmal nach einem der unerwarteten Panikanfälle*
a) *anhaltende Sorgen gehabt, dass weitere Angstanfälle auftreten könnten?* JA NEIN

b) *Dich darüber gesorgt, was der Anfall wohl bedeuten könnte, z.B. dass Du die Kontrolle verlierst, durchdrehst oder einen Herzinfarkt bekommst?* JA NEIN

c) *Dich wegen des Panikanfalls anders verhalten als Du das bis dahin getan hast, z.B. Dich geschont, keine koffeinhaltigen Getränke mehr getrunken, wie z.B. Cola?* JA NEIN

- B 3.2 *Dauerte das mindestens 1 Monat an?* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Sorgen/des Verhaltens kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

Falls keines dieser drei Symptome a), b) oder c) mindestens vier Wochen andauerte: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

- D 4. *Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Panikanfälle besonders häufig auftreten?*
(Prüfen, ob Panikanfälle nicht besser durch andere Psychische Störungen z.B. Soziale Ängstlichkeit oder Spezifische Phobie erklärt werden können.)

Beschreiben:

Falls keine unerwarteten Angstanfälle: weiter zu »Agoraphobie« S. 58.

5. *Wann hast Du zum ersten Mal solch eine unerwartete Angst verspürt?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Angst kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.:
»Bei Schulbeginn« etc.

- C 6.1 *Warst Du krank, kurz bevor Du das erste Mal einen Panikanfall hattest?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- C 6.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

7. *Gab es etwas, von dem Du denkst, dass es den ersten Panikanfall ausgelöst hat? War vor dem ersten Panikanfall etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**

Beschreiben:

- 8.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen der Panikanfälle Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Panikanfälle stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

AGORAPHOBIE

F40.0 Agoraphobie

- A 1.1 *Gibt es bestimmte Situationen oder Orte, vor denen Du Angst hast oder an die Du nicht gerne gehst (z.B. Kinos, Geschäfte, Menschenmengen, mit dem Bus fahren, Brücken, Schlange stehen)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 1.4

Falls **JA**:

- B 1.2 *Befürchtest Du, dass Du keine Hilfe bekommen könntest, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) auftreten würden?* JA NEIN

- B 1.3 *Befürchtest Du, dass es schwierig oder peinlich sein könnte von diesem Ort wegzugehen, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) auftreten würden?* JA NEIN

Falls JA bei 1.1–1.3: weiter zu Frage 2.1

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du vor bestimmten Situationen oder Orten Angst hattest oder an die Du nicht gegangen bist (z.B. Kinos, Geschäfte, Menschenmengen, mit dem Bus fahren, Brücken, Schlange stehen)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- B 1.5 *Hast Du befürchtet, dass Du keine Hilfe bekommen könntest, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) aufgetreten wären?* JA NEIN

- B 1.6 *Hast Du befürchtet, dass es schwierig oder peinlich sein könnte von diesem Ort wegzugehen, wenn ein Panikanfall oder unangenehme Gefühle/Empfindungen (z.B. Schwindel, Herzklopfen, Durchfall ...) aufgetreten wären?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.4: weiter zu »Zwangsstörungen« S. 63.

- D 2.1 *Gibt es bestimmte Personen, mit denen Du Dich sicher fühlst?* JA NEIN

Falls **JA**:

2.2 *Wer?* _____

A, D 3. *Ich werde Dir jetzt eine Reihe von Situationen nennen und Dich dann fragen, wie viel Angst Du in diesen Situationen hast, wenn Du sie alleine, also ohne dass jemand dabei ist, aufsuchst. Weiter werde ich Dich fragen, wie oft Du solche Situationen vermeidest.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Angst/Vermeidung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr fürchtest/meidest Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden Menschenmengen?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß der Angst und Vermeidung, die auftritt, wenn der Patient die genannten Situationen alleine aufsucht, ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark
0	1	2	3
vermeidet nie/ keine Flucht	vermeidet manchmal	vermeidet oft/ muss begleitet werden	vermeidet sehr oft/immer sucht Situationen nicht einmal mit »sicherer« Person auf

Wie sehr fürchtest Du Dich vor Dingen oder Situationen wie:

Wie oft vermeidest Du Situationen wie:

Macht es einen Unterschied, wenn Dich jemand begleitet?

	Angst	Vermeidung	Mit Bezugsperson	Kommentar
<u>Öffentliche Verkehrsmittel</u>				
A, D 3.1 <i>im Auto mitfahren</i>	_____	_____	_____	_____
A, D 3.2 <i>Flugzeug</i>	_____	_____	_____	_____
A, D 3.3 <i>Bus, Zug, U-Bahn etc.</i>	_____	_____	_____	_____
<u>Offene Plätze</u>				
A, D 3.4 <i>Große, offene Plätze z.B. Parks</i>	_____	_____	_____	_____
A, D 3.5 <i>Brücken</i>	_____	_____	_____	_____
<u>Geschlossene Plätze</u>				
A, D 3.6 <i>Kinos, Theater etc.</i>	_____	_____	_____	_____
A, D 3.7 <i>Fahrstühle</i>	_____	_____	_____	_____

- A, D 3.8 *Kaufhäuser/Einkaufszentren* _____
- A, D 3.9 *Geschäfte/Supermärkte* _____
- A, D 3.10 *Geschlossene enge Räume, Tunnel* _____
- A, D 3.11 *Restaurants* _____
- Menschenansammlung
- A, D 3.12 *Volle Spielplätze/
Menschenmengen* _____
- A, D 3.13 *Schlange stehen* _____
- Alleine draußen sein
- A, D 3.14 *Weit weg von zu Hause sein* _____
- A, D 3.15 *Zu Fuß gehen (wie weit?)* _____
- A, D 3.16 *Sonstiges?* _____

Beschreiben:

Wenn keine Hinweise auf Angst oder Vermeidung dieser Situationen bestehen weiter zu »Zwangsstörung« S. 63.

Bei einer Agoraphobie sind 2 oder mehr Bereiche betroffen. Falls nur eine oder wenige spezifische Situationen betroffen sind, sollte alternativ die Diagnose »Spezifische Phobie« erwogen werden. Falls sich die Angst oder Vermeidung nur auf soziale Situationen bezieht, sollte alternativ die Diagnose »Soziale Angststörung« erwogen werden.

- C 4. *Hast Du die Angst fast jedes Mal, wenn Du in diesen Situationen (...) bist?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- E 5. *Ist deine Angst in diesen Situationen größer als notwendig?*

Hinweis: Die Angst des Kindes muss im Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung als übertrieben angesehen und als soziokulturell unangemessen bewertet werden.

- F 6.1 *Seit wann hast Du diese Ängste?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Ängste kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit Schulbeginn« etc.

F 6.2 *Dauert diese Angst vor (...) mindestens 6 Monate an?* **JA NEIN**

6.3 *Begannen die Ängste, nachdem Du einmal unerwartet Angst bekommen hast (plötzlicher Panikanfall)?* **JA NEIN**
 Falls **JA**, klären Sie ab, ob die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt sind.

H 7.1 *Warst Du krank, kurz bevor Du das erste Mal in einer der oben genannten Situationen Angst hattest?* **JA NEIN**
Beschreiben:

H 7.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Falls eine organische Erkrankung vorliegt, weiter mit Frage 7.3:

H 7.3 *Sind die Gefühle/Empfindungen bzw. ist die Angst stärker als man aufgrund Deiner Erkrankung erwarten würde?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Frage mit NEIN beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

G 8.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) zu Hause? _____
- b) in der Schule/ Kindergarten? _____
- c) in der Freizeit? _____
- d) mit Freunden? _____

G 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen dieser Ängste Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Ängste/Vermeidung stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

ZWANGSSTÖRUNG

F42 Zwangsstörung

A1. ZWANGSGEDANKEN

- A1 1.1 *Hast Du manchmal unsinnige oder übertriebene Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die Du als belastend oder quälend erlebst? (z.B. Sorgen, sich mit Krankheiten oder Bakterien anzustecken, Gedanken daran, ob Türen oder Fenster verschlossen oder Geräte abgeschaltet sind, den Drang, sich selbst oder anderen etwas anzutun, magisches Denken, wie z.B. der Gedanke, wenn ich auf eine Linie trete, könne jemand sterben).* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 1.7.

- A1 1.2 *Belasten Dich diese Gedanken?* JA NEIN
- A1 1.3 *Empfindest Du sie zumindest zeitweise als aufdringlich und unangemessen?* JA NEIN
- A1 1.4 *Kommen sie immer wieder?* JA NEIN
- A1 1.5 *Hast Du Mühe, sie aus dem Kopf zu vertreiben?* JA NEIN
- A1 1.6 *Führt dies dazu, dass Du Dich unwohl fühlst (d.h. Gefühle von z.B. Angst, Ekel, Anspannung)?* JA NEIN

Falls JA bei 1.1 und 1.2–1.6: weiter zu Frage 2.

- A1 1.7 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du manchmal unsinnige oder unvernünftige Gedanken, Impulse oder Vorstellungen hattest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.7: weiter zu »Zwangshandlungen«.

- A1 1.8 *Haben Dich diese Gedanken belastet?* JA NEIN
- A1 1.9 *Hast Du sie zumindest zeitweise als aufdringlich und unangemessen empfunden?* JA NEIN

- | | | | |
|---------|---|-----------|-------------|
| A1 1.10 | <i>Sind sie immer wieder gekommen?</i> | JA | NEIN |
| A1 1.11 | <i>Hattest Du Mühe, sie aus dem Kopf zu vertreiben?</i> | JA | NEIN |
| A1 1.12 | <i>Hat dies dazu geführt, dass Du Dich ängstlich und unwohl gefühlt hast?</i> | JA | NEIN |

Falls eindeutig NEIN bei 1.8–1.12: weiter zu »Zwangshandlungen«.

Spezifizieren Sie jeweils den Inhalt der Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, auch wenn die Informationen bereits oben erhoben wurden.

Was für Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind das?

- | | | | |
|--------|---|-----------|-------------|
| A1 2.1 | <i>Kontrolle (kontrollierst Du z.B., ob Du die Türen verschlossen hast, die Geräte ausgeschaltet hast oder Aufgaben genau erfüllt hast?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.2 | <i>Verunreinigung (hast Du z.B. Angst, Dich beim Anfassen von Türgriffen, auf der Toilette etc. zu verschmutzen, Bakterien aufzulesen?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.3 | <i>Sinnlose Gedanken (wiederholst Du im Kopf z.B. immer wieder Worte, Zahlen, Lieder etc.?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.4 | <i>Sinnlose Impulse (hast Du z.B. den Drang, in der Öffentlichkeit herumzuschreiben, laut auszurufen?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.5 | <i>Aggressive Impulse (hast Du z.B. den Drang, andere zu verletzen oder Dinge zu zerstören?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.6 | <i>Versehentliche Verletzungen anderer (hast Du z.B. Angst, jemanden zu vergiften oder zu verletzen?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.7 | <i>Sexuelle Gedanken und Impulse (hast Du z.B. den Gedanken homosexuell oder transsexuell sein zu können oder übertriebene Sorge vor normalen sexuellen Funktionen, z.B. Erektion?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.8 | <i>Religiöse Impulse (hast Du z.B. Angst, Gott zu lästern?)</i> | JA | NEIN |
| A1 2.9 | <i>Sonstige? _____</i> | JA | NEIN |

Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangsgedanken: weiter zu »Zwangshandlungen«.

- 3.1 *Wenn Du diesen Gedanken/diese Vorstellung hast, wie sehr glaubst Du, dass sie wahr sind?*
- | | | | |
|-----------|-------|------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar nicht | etwas | eher | voll und ganz |

Frage 3.2 nur stellen bei Impulsen und handlungsbezogenen Zwangsgedanken:

- 3.2 *Wie stark glaubst Du, dass Du das wirklich tun wirst?*
- | | | | |
|-----------|-------|------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar nicht | etwas | eher | voll und ganz |

Hinweis: Kinder können manchmal die Ziele ihres Verhaltens nicht benennen.

- A1 4.1 *Versuchst Du (...) zu unterdrücken oder abzuschwächen, indem Du Dir selbst andere Dinge sagst oder etwas anderes denkst?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- A1 4.2 *Versuchst Du (...) zu unterdrücken, indem Du andere Dinge tust, Dich mit etwas Anderem beschäftigst?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 4.3 *Vermeidest Du bestimmte Situationen (z.B. betreten eines bestimmten Zimmers, Schulbesuch), weil sie (...) auslösen könnten?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 4.4 *Machst Du bestimmte Dinge nicht wie z.B. bestimmte Gegenstände anfassen, weil sie (...) auslösen könnten?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- B 5. *Verwendest Du mehr als eine Stunde am Tag für (...)?* **JA** **NEIN**
- B 6.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

- | | | | |
|-----------|-----------|-------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar nicht | ein wenig | stark | sehr stark |

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 6.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

7. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?*

JA **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 8.

8. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Probleme stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

A2. ZWANGSHANDLUNGEN

- A2 1.1 *Musst Du ein bestimmtes Verhalten immer wiederholen?
Zum Beispiel, dass Du immer wieder Deine Hände waschen musst
oder Dinge zählen musst oder beten musst oder etwas wiederholt
kontrollieren musst (z.B. ob die Tür zu ist oder der Herd aus ist)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A2 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du ein bestimmtes Verhalten immer
wieder wiederholen musstest, obwohl Du das eigentlich nicht wolltest
und es als unsinnig empfandest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei A2, 1.1 und 1.2: weiter zu »Traumascreening« S. 71.

Falls NEIN bei Frage A2, 1.1 und 1.2 und wenn Kriterien für Zwangsgedanken erfüllt sind:
weiter zu Frage 11.

Spezifizieren Sie jeweils die Handlungen, auch wenn die Informationen bereits oben erhoben wurden.

Was musst Du tun?

- A2 2.1 *Zählen (zählst Du z.B. bestimmte Buchstaben, Nummern oder andere
Objekte in der Umgebung?)* JA NEIN
- A2 2.2 *Kontrollieren (kontrollierst Du z.B. Fenster, Türen, Geräte etc.?)* JA NEIN
- A2 2.3 *Waschen (wäschst Du Dir z.B. immer wieder die Hände oder hast Du
beim Waschen einen bestimmten Ablauf?)* JA NEIN
- A2 2.4 *Sammeln (sammelst Du z.B. belanglose Gegenstände, wie z.B.
Kaugummipapier?)* JA NEIN
- A2 2.5 *Berühren (berührst Du immer wieder bestimmte Dinge, z.B. Tippen
auf den Tisch oder Streichen über den Stuhl?)* JA NEIN
- A2 2.6 *Internes Wiederholen (wiederholst Du im Kopf z.B. immer wieder
Wörter, Redewendungen, Gebete etc.?)* JA NEIN

- A2 2.7 *Externes Wiederholen (gehst Du z.B. mehrmals nacheinander denselben Weg?)* JA NEIN
- A2 2.8 *Festhalten an bestimmten Regeln oder Abfolgen (hast Du z.B. Rituale, bestimmte Routinen bei alltäglichen Aktivitäten, stellst Du Symmetrien her, wie z.B. die symmetrische Ausrichtung von Bleistiften?)* JA NEIN
- A2 2.9 *Sonstiges? _____* JA NEIN

Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangshandlungen: weiter zu »Traumascreening« S. 71.

Hinweis: Kinder können manchmal die Ziele ihres Verhaltens nicht benennen.

- 3.1 *Wenn Du diese Ängste/Sorgen hast, muss Du dann immer wieder andere fragen, ob alles in Ordnung ist?* JA NEIN
- A2 3.2 *Dient (...) dazu, extrem unangenehme Gefühle zu verhindern oder abzuschwächen, z.B. Gefühle von Angst oder Ekel?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.1 *Versuchst Du, (...) nicht zu machen? Hast Du am Anfang versucht, (...) nicht zu machen?* JA NEIN
- 4.2 *Vermeidest Du bestimmte Situationen, weil sie dazu führen könnten, dass Du (...) immer wieder tun musst?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.3 *Machst Du bestimmte Dinge nicht wie z.B. Gegenstände anfassen, weil sie dazu führen könnten, dass Du (...) immer wieder tun musst?* JA NEIN
Beschreiben:
- 4.4 *Müssen andere Menschen Dinge für Dich tun, damit Du selbst nicht in Kontakt mit (...) kommst (z.B. Gegenstände umstellen)?* JA NEIN
Beschreiben:
5. *Wie belastet (z.B. ängstlich, angespannt oder ärgerlich) fühlst Du Dich, wenn Du (...) nicht machst oder nicht machen kannst?*
- | | | | |
|-----------|-----------|-------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar nicht | ein wenig | stark | sehr stark |
6. *Was denkst Du, was passieren würde, wenn Du (...) nicht machen würdest?*
Beschreiben:

- B 7. *Verwendest Du mehr als eine Stunde am Tag für (...)?* **JA NEIN**
- B 8.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Probleme stärker hattest?* **JA NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Falls die Patienten die Kriterien für die Zwangsstörung nicht erfüllen: weiter zu »Traumascreening« S. 71.

11. *Wann hast Du dies zum ersten Mal bemerkt?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens des Verhaltens kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Im Kindergarten, bei Schulbeginn« etc.

12. *Als es anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**

Beschreiben:

C 13.1 *Warst Du krank, kurz bevor dies begann?* **JA NEIN**
Beschreiben:

C 13.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Hinweis: Falls diese Fragen mit JA beantwortet wurde, sollten die Diagnosen »Angststörung infolge organischer Erkrankung« oder »Substanzinduzierte Angststörung« in Erwägung gezogen werden.

Traumascreeing

Bei den nun folgenden Fragen geht es um traumatische Ereignisse. Damit sind besonders schlimme Ereignisse gemeint. Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, kann es schwer fallen, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen. Mir ist es daher wichtig, Dir zu sagen, dass wir nicht ganz genau besprechen werden, was passiert ist. Vielmehr geht es bei den folgenden Fragen darum zu erfahren, ob Du so etwas schon einmal erlebt hast und wie es Dir danach ergangen ist.

Hast Du jemals eines der folgenden Ereignisse selbst erlebt, bei anderen beobachtet oder hast Du erfahren, dass ein solches Ereignis einer anderen Person passiert ist?

- | | | |
|--|----|------|
| 1.1 Überfall, Bedrohung (z.B. hat Dich jemand geschlagen, verprügelt oder mal mit einem Messer oder einer Waffe bedroht?) | JA | NEIN |
| 1.2 Ernsthafte Körperverletzung | JA | NEIN |
| 1.3 Schwere Unfall (z.B. Verkehrsunfall) | JA | NEIN |
| 1.4 Naturkatastrophe (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) | JA | NEIN |
| 1.5 Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung
(hat Dich z.B. schon einmal jemand an Körperstellen angefasst, obwohl Du das nicht wolltest, oder solltest Du schon einmal jemanden an seinen Geschlechtsteilen anfassen?) | JA | NEIN |
| 1.6 Schwere Verletzung, Bedrohung oder Tod einer nahestehenden Person | JA | NEIN |
| 1.7 Anderes belastendes Ereignis (z.B. Kriegsgebiet, belastende medizinische Behandlung)
Beschreiben: | JA | NEIN |

Falls kein traumatisches Ereignis genannt wird (NEIN bei 1.1 – 1.7): weiter zu „Enuresis/ Enkopresis“ S. 78

- 1.8 Wie alt warst Du, als dieses Ereignis bzw. diese Ereignisse passiert sind?

Hinweis: Die Frage nach dem Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »letzten Sommer, zu Beginn der Schulzeit« etc.

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

Erstes Ereignis: **Alter:** _____
Weitere Ereignisse: **Alter:** _____
Letztes Ereignis: **Alter:** _____

Falls mehr als ein traumatisches Ereignis genannt wurde, weiter zu Frage 1.9. Sonst weiter zu Frage 1.10.

1.9 *Welches der genannten Erlebnisse war für Dich am schlimmsten?*

Beschreiben:

Bei den folgenden Fragen geht es jetzt immer um das schlimmste Erlebnis.

Hinweis: Manchmal wird aus Vermeidungsgründen zuerst ein weniger schlimmes Ereignis berichtet und als das schlimmste angegeben. Es bietet sich deswegen bei mehreren Ereignissen an, nach dem Durchlaufen des Interviews mit dem genannten Ereignis noch einmal zu fragen, ob dies wirklich das schlimmste Ereignis war.

1.10 *Ist bei diesem Erlebnis jemand schwer verletzt worden, fast oder tatsächlich ums Leben gekommen oder wurde diese Person gegen ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen (sexuelle Gewalt)?*

JA NEIN

1.11 *Hast Du das genannte Ereignis selbst erlebt, bei einer anderen Person beobachtet oder davon auf anderem Wege erfahren (z. B. durch deine Eltern oder einen Polizisten)?*

Beschreiben:

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Hinweis: Diese Kriterien beziehen sich auf Kinder und Jugendliche ab 7 Jahren.

Ich werde Dir jetzt eine Reihe von Beispielen nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie oft bzw. wie stark.

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit bzw. den Schweregrad der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

nie/selten	manchmal	oft	sehr oft
0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Weiter müssen Beginn und Dauer der Symptome geklärt werden. Dazu kann z.B. gefragt werden: »Wie bald nach dem Ereignis trat das auf? Wie lange dauerte dies an?«

Spezifizieren Sie:

Beginn:

Die Symptome treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis auf.

Die Symptome treten 6 Monate nach dem Ereignis auf.

Dauer:

Die Symptome dauern mindestens 1 Monat an.

B, F 2. Wiedererleben des Ereignisses (mindestens 1 Symptom)

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
<i>Nachdem das schlimme Ereignis passiert war,</i>			
B, F 2.1 (1) <i>Hattest Du immer wieder aufdringliche Bilder, Gedanken oder Erinnerungen von dem Erlebnis im Kopf?</i>	_____	_____	_____
(2) <i>Hast Du Einzelheiten des Erlebnisses immer wieder nachgespielt?</i>	_____	_____	_____
B, F 2.2 (1) <i>Hast Du von dem Erlebnis geträumt?</i>	_____	_____	_____
(2) <i>Hast Du Angstträume gehabt?</i>	_____	_____	_____
B, F 2.3 <i>Hast Du Dich so verhalten oder hattest Du das Gefühl, als ob das Erlebnis wieder da wäre/wieder passierte?</i>	_____	_____	_____

Hinweis: Bei Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung im Spiel auftreten.

B, F 2.4 *Hast Du Dich schlecht/unwohl gefühlt bei der Begegnung mit Dingen, die Dich an das Erlebnis Erinnernten oder wenn Du an das Erlebnis gedacht hast?* _____

B, F 2.5 *Reagierte Dein Körper, z.B. mit Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Bauch- oder Kopfschmerzen bei der Begegnung mit Dingen, die Dich an das Erlebnis erinnerten oder wenn Du nur an das Erlebnis gedacht hast?* _____

2.6 *Ist das immer noch so?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN:**

2.7 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig kein Symptom bei 2.1–2.5 erfüllt ist: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S.78.

C, F 3. Anhaltende Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli
(nicht vorhanden vor dem Trauma, mindestens 1 Symptom)

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
<i>Hast Du...</i>			
C, F 3.1 <i>Erinnerungen, Gedanken, oder Gefühle, die mit dem Erlebnis verbunden sind, vermieden oder unterdrückt?</i>	_____	_____	_____

C, F 3.2. <i>Menschen, Orte, Gespräche, Handlungen, Gegenstände oder Situationen, die Dich an das schlimme Ereignis erinnerten, vermieden?</i>	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------

Falls eindeutig kein Symptom bei 3.1–3.2 erfüllt ist: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 78.

D, F 4. Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung
(nicht vorhanden vor dem Trauma, mindestens 2 Symptome)

	Häufigkeit/ Schweregrad	Beginn	Dauer
<i>Hast Du</i>			
D, F 4.1 <i>bemerkt, dass Du wichtige Einzelheiten des Erlebnisses nicht mehr erinnern konntest?</i>	_____	_____	_____
D, F 4.2 <i>schlechte Gedanken über Dich, andere oder die Welt? (z.B. „Keiner mag mich“, „Ich muss tun, was andere mir sagen“, „Überall kann mir was passieren“)</i>	_____	_____	_____
D, F 4.3 <i>Gedanken über die Ursachen oder die Folgen wie z.B.: „Ich bin schuld, dass man das mit mir gemacht hat“, „Wenn das jemand erfährt, wird mir was Schlimmes passieren“, „Das darf niemand wissen“</i>	_____	_____	_____
D, F 4.4 <i>viele schlechte Gefühle wie z.B. Angst, Wut, Schuld, Scham?</i>	_____	_____	_____
D, F 4.5 <i>weniger Interesse etwas zu unternehmen?</i>	_____	_____	_____
D, F 4.6 <i>Dich losgelöst oder fremd von anderen Menschen gefühlt?</i>	_____	_____	_____
D, F 4.7 <i>nur wenig gute Gefühle, wie z.B. Freude oder Liebe?</i>	_____	_____	_____
4.8. <i>Ist das immer noch so?</i>			JA NEIN

Falls **NEIN**:

4.9 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig weniger als zwei Symptome bei 4.1–4.7 erfüllt sind: weiter zu »Enuresis/Enkopresis« S. 78.

E, F 5. Erhöhte Erregung (nicht vorhanden vor dem Trauma, mindestens 2 Symptome)

*Hast Du seit dem schlimmen Ereignis folgende
Veränderungen bei Dir bemerkt?*

Häufigkeit/
Schweregrad Beginn Dauer

E, F 5.1 *Warst Du gereizt, hattest Du Wutausbrüche?* _____ _____ _____

E, F 5.2 *Hast Du Dich in Gefahr gebracht oder selbst verletzt?* _____ _____ _____

E, F 5.3 *Warst Du sehr wachsam/aufmerksam?* _____ _____ _____

E, F 5.4 *Warst Du leicht zu erschrecken?* _____ _____ _____

E, F 5.5 *Hattest Du Mühe, Dich zu konzentrieren?* _____ _____ _____

E, F 5.6 *Hattest Du Schwierigkeiten einzuschlafen oder
durchzuschlafen?* _____ _____ _____

5.7 *Ist das immer noch so?* **JA** **NEIN**

Falls **NEIN**:

5.8 *Wann hörte es auf?* _____

Falls eindeutig weniger als zwei Symptome bei 5.1–5.6 erfüllt sind: weiter zu »Enuresis/
Enkopresis« S. 78.

Hinweis: Dauern die Symptome kürzer an als für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erforderlich, so sollten die Diagnosen einer Akuten Belastungsstörung oder Anpassungsstörung mit Angst in Erwägung gezogen werden.

H 6.1 *Warst Du krank, kurz bevor die von Dir berichteten Beschwerden
begonnen haben?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

H 6.2 *Hast Du bei Beginn dieser Beschwerden Medikamente (oder Drogen)
eingenommen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

- G 7.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- G 7.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

8. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du ähnliche Probleme wegen diesem Erlebnis oder auch einem anderen Erlebnis hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Mit dissoziativen Symptomen

Depersonalisation

Derealisation

Mit verzögertem Beginn

ENURESIS/ENKOPRESIS

F98.0 Nichtorganische Enuresis

F98.1 Nichtorganische Enkopresis

Hinweis: Die Fragen sind an das Alter des Kindes anzupassen.

Kinder werden unterschiedlich schnell trocken. Wie ist das bei Dir?

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Du wiederholt in die Hose oder ins Bett machst (je nach Alter entsprechende Begriffe benutzen)?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du wiederholt in die Hose oder ins Bett gemacht hast?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Major Depression« S. 81.

Spezifizieren Sie Enuresis oder Enkopresis:

2. *Wenn Du in die Hose oder ins Bett machst, machst Du klein oder groß oder beides?*

Beschreiben:

- C 3.1 *Seit wann ist es so, dass Du in die Hose oder ins Bett machst?* **Alter:** _____

Falls kein konkretes Alter angegeben wird, Frage 3.2 bzw. 3.3 explizit stellen:

- C 3.2 Bei Enkopresis: *Warst Du schon 4 Jahre alt, als das anfang?* **JA** **NEIN**

- C 3.3 Bei Enuresis: *Warst Du schon 5 Jahre alt, als das anfang?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Einnässens/Einkotens kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.:
»Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

Bestimmen Sie primäre oder sekundäre Enuresis/Enkopresis:

- 4.1 *Gab es einmal eine Zeit, in der Du nicht in die Hose oder ins Bett gemacht hast?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:

- 4.2 *Wann war das?* **Alter:** _____

- 4.3 *Wie lange war das?* **Dauer:** _____

- D 5. *Gibt es einen bestimmten Grund, weshalb Du in die Hose oder ins Bett machst? Ist es wegen eines Medikaments oder einer Krankheit? Warst Du deswegen schon einmal bei einem Arzt?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Das Einnässen oder Einkoten ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bei Enkopresis weiter mit Frage 6.

Bei Enuresis weiter mit Frage 8.

Enkopresis:

6. *Ist es so, dass Du*
- a) *weniger als 3 Mal in der Woche groß in die Toilette machst?* JA NEIN
(Enkopresis mit Obstipation und Überlaufinkontinenz)
 - b) *mindestens 3 Mal in der Woche groß in die Toilette machst?* JA NEIN
(Enkopresis ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz)
 - c) *Schmerzen hast, wenn Du groß musst?* JA NEIN
- B 7. *Wie häufig kommt es vor, dass Du in die Hose oder ins Bett machst?*
- a) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 3 Monate* JA NEIN
 - b) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 6 Monate* JA NEIN

Enuresis:

8. *Wenn Du in die Hose oder ins Bett machst, passiert Dir das dann*
- a) *nur nachts, wenn Du schläfst?* (Enuresis nocturna) JA NEIN
 - b) *nur am Tag?* (Enuresis diurna) JA NEIN
 - c) *sowohl in der Nacht als auch am Tag?* (Enuresis nocturna und diurna) JA NEIN
- B 9. *Wie häufig kommt es vor, dass Du in die Hose oder ins Bett machst?*
- a) *Mindestens einmal im Monat während der letzten 3 Monate?* JA NEIN
(bei Kindern ab 7 Jahren)
 - b) *Mindestens zweimal im Monat während der letzten 3 Monate?* JA NEIN
(bei Kindern unter 7 Jahren)
 - c) *Mindestens zweimal pro Woche während der letzten 3 Monate?* JA NEIN

Falls die Patienten die Kriterien für Enkopresis bzw. Enuresis nicht erfüllen: weiter zu »Major Depression« S. 81.

- B 10.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 10.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

11. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 12.

12. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Probleme stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Enuresis:

Enuresis Nocturna

Enuresis Diurna

Enuresis Nocturna und Diurna

Enkopresis:

Mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz

Ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz

MAJOR DEPRESSION

F32 Depressive Episode

F33 Rezidivierende depressive Störung

Ich möchte Dir jetzt ein paar Fragen zu Deiner Stimmung/Deinen Gefühlen stellen.

A 1.1 *Bist Du seit 2 Wochen oder auch schon länger ständig sehr traurig?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.2 *Bist Du seit 2 Wochen oder auch schon länger sehr gereizt/schlecht gelaunt?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.3 *Hast Du seit 2 Wochen oder auch schon länger keine Freude an Dingen, die Du sonst gerne machst (z.B. spielst Du weniger mit Deinen Freunden oder unternimmst Du weniger mit Deinen Freunden)?* JA NEIN
Beschreiben:

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Stimmung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

Falls JA bei 1.1, 1.2 oder 1.3: weiter zu Frage 2.

A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du für 2 Wochen oder auch länger ständig sehr traurig warst?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.5 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du für 2 Wochen oder auch länger sehr gereizt/schlecht gelaunt warst?* JA NEIN
Beschreiben:

A 1.6 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du für 2 Wochen oder auch länger Dinge, die Du sonst gerne tust, nicht mehr tun wolltest?* JA NEIN
Beschreiben:

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Stimmung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.6: weiter zu »Persistierende depressive Störung« S. 87.

2. *Seit wann hast Du diese Stimmung?*

Alter: _____

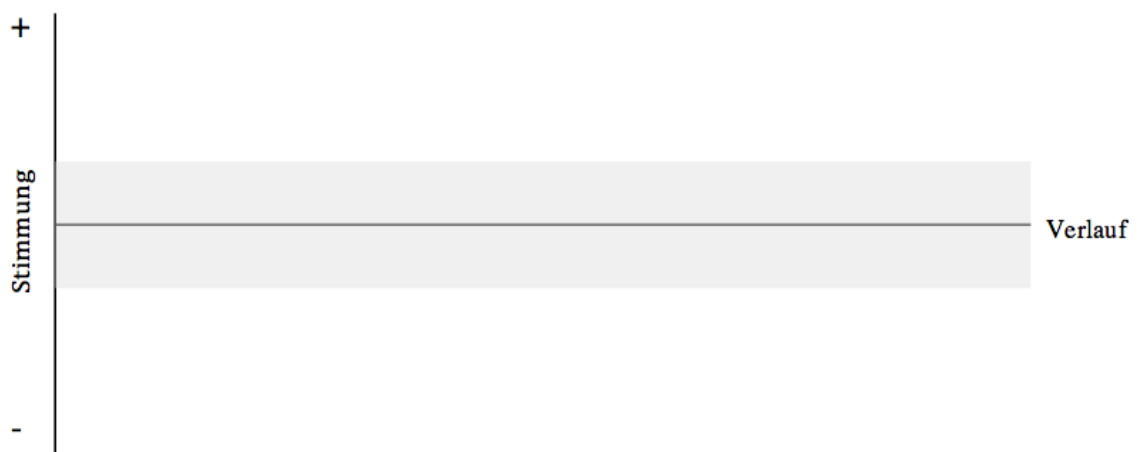
Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit Schulbeginn« etc.

A 3. *Kam es schon mehrmals vor, dass Du Dich so gefühlt hast?*

JA NEIN

Falls **JA**, weiter mit Stimmungsverlaufskurve:

Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse 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 Phase: von _____ bis _____

Schwerste Phase: von _____ bis _____

Weitere Phasen: von _____ bis _____

Falls keine der angegebenen Phasen über mindestens 2 Wochen anhielt: weiter zu »Persistierende depressive Störung« S. 87.

A 4. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr fühlst Du Dich im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden müde und erschöpft?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der Symptome während der gegenwärtigen oder letzten und der schwersten Episode (mindestens zwei Wochen) ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wenn Du solch eine schlechte Stimmung hast, ist das an der Mehrzahl der Tage?

		<u>Schweregrad</u>		
		<u>Aktuelle/letzte</u>	<u>schwerste</u>	<u>Mehrzahl der</u>
		<u>Phase</u>	<u>Phase</u>	<u>Tage</u>
A	4.1	(1) <i>Magst Du dann gar nichts mehr essen?</i>		
		_____	_____	_____
		(2) <i>Isst Du dann ganz viel?</i>		
		_____	_____	_____
		(3) <i>Hast Du an Gewicht zugenommen?</i>		
		_____	_____	_____
		(4) <i>Hast Du an Gewicht abgenommen?</i>		
		_____	_____	_____
		(5) <i>Hast Du nicht zugenommen, obwohl Du gewachsen bist?</i>		
		_____	_____	_____
A	4.2	(1) <i>Schläfst Du dann ganz wenig?</i>		
		_____	_____	_____
		(2) <i>Schläfst Du dann ganz viel?</i>		
		_____	_____	_____
A	4.3	(1) <i>Bist Du dann sehr unruhig?</i>		
		_____	_____	_____
		(2) <i>Fällt es Dir dann schwer, Dich überhaupt zu bewegen, so dass Du nur noch dasitzt und nichts mehr tust?</i>		
		_____	_____	_____
A	4.4	<i>Bist Du dann erschöpft, müde und ohne Energie?</i>		
		_____	_____	_____
A	4.5	(1) <i>Hast Du dann das Gefühl, dass Du nichts wert bist?</i>		
		_____	_____	_____
		(2) <i>Hast Du dann Schuldgefühle, die Du eigentlich gar nicht zu haben brauchst?</i>		
		_____	_____	_____
A	4.6	(1) <i>Fällt es Dir dann schwer, Dich zu konzentrieren (z.B. in der Schule)?</i>		
		_____	_____	_____

(2) *Fällt es Dir dann schwer, Entscheidungen zu treffen, z.B. was Du tun sollst?* _____

A 4.7 (1) *Denkst Du dann häufiger an den Tod?* _____

(2) *Denkst Du dann häufiger daran, Dir etwas anzutun?* _____

(3) *Hast Du schon einmal versucht, Dir etwas anzutun?* _____

Falls JA bei 4.7 weiter zu »Suizidscreening« S. 95.

Falls weniger als fünf Symptome erfüllt sind, wobei mindestens eines der Symptome depressive Stimmung oder Interesseverlust ist: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« S. 87.

B, C 5.1 *Gab es schon einmal Tage, an denen Du Dich extrem gut gelaunt oder eine besondere Hochstimmung fühltest, ohne dass dies die anderen verstehen konnten?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**:

B, C 5.2 *Wechselten sich diese Tage mit Tagen ab, an denen Du die schlechte Stimmung hattest?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**, sollten weitere Abklärungen für eine bipolare Störung getroffen werden.

Hinweis: Falls Hinweise auf eine bipolare Störung bestehen, kann auf die Sektion „Bipolare und verwandte Störungen“ aus dem Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017) zurückgegriffen werden.

Falls nur Phasen mit gemischter depressiver und manischer Symptomatik vorliegen oder Phasen mit manischer oder hypomanischer Symptomatik vorlagen: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« S. 87.

B 6.1 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hast wie z.B. dass Du Stimmen gehört hast, Erscheinungen gesehen hast oder das Gefühl hattest, dass Eigenartiges um Dich herum geschieht?* **JA NEIN**

Beschreiben:

Falls **JA**, Frage 6.2 explizit stellen:

- B 6.2 *Trat die traurige oder gereizte Stimmung nur dann auf?* **JA NEIN**
- D 7.1 *Warst Du da krank, kurz bevor diese Stimmung anfing?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- D 7.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- E 8.1 *Bevor diese Stimmung begann, ist da eine Dir wichtige Person (z.B. ein Familienangehöriger) gestorben und warst Du deswegen so traurig?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 8.2 *Ist sonst etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**
Beschreiben:

Hinweis: Die Symptome können nicht durch Trauerreaktion erklärt werden.

- C 9.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- C 9.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

10. *Wünschst Du Dir wegen dieser Stimmung Hilfe?* **JA NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochene Stimmung stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Rezidivierend

Teilremittiert

Vollremittiert

Nicht näher bezeichnet

Schweregrad:

Leichtgradig

Mittelgradig

Schwergradig

Mit Psychotischen Merkmalen

Zusatzkodierungen:

Mit Angst

Mit Gemischten Merkmalen

Mit Melancholischen Merkmalen

Mit Atypischen Merkmalen

Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen

Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen

Mit Katatonie

Mit Saisonalem Muster (ausschließlich bei rezidivierender Verlaufsform)

PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)

F34.1 Dysthymia

- A 1.1 *Bist Du seit mindestens einem Jahr an der Mehrzahl aller Tage traurig und niedergeschlagen?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.2 *Bist Du seit mindestens einem Jahr an der Mehrzahl aller Tage reizbar/schlecht gelaunt?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Für eine ICD-10 Diagnose beträgt der Zeitraum mindestens 2 Jahre.

Falls JA bei 1.1 oder 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du mindestens ein Jahr lang an der Mehrzahl aller Tage traurig und niedergeschlagen warst?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du mindestens ein Jahr lang an der Mehrzahl aller Tage reizbar/schlecht gelaunt warst?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1–1.4: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung« S. 92.

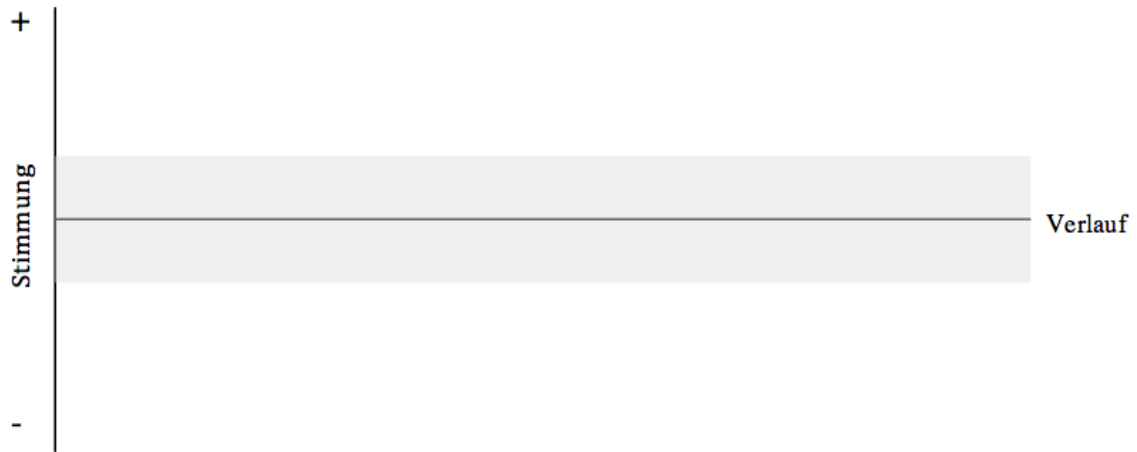
2. *Seit wann hast Du diese Stimmung?* **Alter:** _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit Schulbeginn« etc.

- A 3. *Erinnerst Du Dich, wie lange dieses Gefühl gedauert hat?* JA NEIN

Falls mehrere Phasen: weiter mit Stimmungsverlaufskurve

Hinweis: Markieren Sie zunächst wichtige Lebensereignisse 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 Phase: von _____ bis _____

Schwerste Phase: von _____ bis _____

Weitere Phasen: von _____ bis _____

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Stimmung kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand konkreter Ereignisse anschaulich zu machen, z.B.: »Vom Ende der Sommerferien bis zu den Herbstferien« etc.

Falls depressive Stimmung weniger als ein Jahr anhielt: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung« S. 92.

C 4.1 *Gab es zwischendurch einmal eine Zeit, in der es Dir besser ging?* **JA NEIN**

Falls **JA**:

C 4.2 *Wie lange dauerte das an?*

a) ≤ 2 Monate

b) > 2 Monate

B 5. *Ich werde Dir jetzt einige Beispiele nennen und Dich dann fragen, ob sie für Dich zutreffen und wenn ja, wie stark.*

Hinweis: Die Frage nach dem Schweregrad der Symptome kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann der Vergleich mit den Klassenkameraden sein, so kann z.B. gefragt werden: »Wie sehr hast Du im Vergleich zu Deinen Klassenkameraden das Gefühl, nichts wert zu sein?«

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala den Schweregrad der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

		<u>Schweregrad</u>	<u>Mehrzahl der Tage</u>
<i>Wenn Du solch eine schlechte Stimmung hast:</i>			
B	5.1 (1) <i>Magst Du dann gar nichts mehr essen?</i>	_____	_____
	(2) <i>Isst Du dann ganz viel?</i>	_____	_____
B	5.2 (1) <i>Schläfst Du dann ganz wenig?</i>	_____	_____
	(2) <i>Schläfst Du dann ganz viel?</i>	_____	_____
B	5.3 <i>Bist Du dann erschöpft, müde und ohne Energie?</i>	_____	_____
B	5.4 <i>Hast Du dann das Gefühl, dass Du nichts wert bist; denkst Du dann schlecht über Dich?</i>	_____	_____
B	5.5 (1) <i>Fällt es Dir dann schwer, Dich zu konzentrieren (z.B. in der Schule)?</i>	_____	_____
	(2) <i>Fällt es Dir dann schwer, Entscheidungen zu treffen, z.B. was Du tun sollst?</i>	_____	_____
B	5.6 <i>Hast Du dann das Gefühl, dass alles ganz hoffnungslos ist?</i>	_____	_____
	5.7 <i>Weinst Du dann häufig?</i>	_____	_____
	5.8 <i>Fällt es Dir dann insgesamt schwer, den Alltag zu bewältigen (z.B. die Schulaufgaben)?</i>	_____	_____
	5.9 <i>Hat Dein Interesse an sozialen Aktivitäten nachgelassen, z.B. spielst oder unternimmst Du dann weniger mit Freunden?</i>	_____	_____
	5.10 <i>Bist Du dann insgesamt weniger an Gesprächen oder Unternehmungen mit anderen interessiert?</i>	_____	_____
	5.11 <i>Hast Du insgesamt das Interesse an Dingen verloren, die Du sonst gerne tust?</i>	_____	_____

Falls weniger als zwei dieser Zusatzsymptome 5.1.–5.11. erfüllt sind: weiter zu »Disruptive Affektregulationsstörung« S. 92.

- E 6. *Gab es schon einmal Tage, an denen Du Dich extrem gut gelaunt oder eine besondere Hochstimmung gefühlt hast, ohne dass die anderen dies verstehen konnten?* JA NEIN

Beschreiben:

- F 7.1 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hast, wie z.B. dass Du Stimmen gehört hast, Erscheinungen gesehen hast oder das Gefühl hattest, dass Eigenartiges um Dich herum geschieht?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**, Frage 7.2 explizit stellen:

- F 7.2 *Trat die traurige oder gereizte Stimmung nur dann auf?* JA NEIN

- G 8. *Was geschah in Deinem Leben kurz bevor diese Gefühle auftraten?*

8.1 *Hattest Du einen für Dich wichtigen Menschen verloren?* JA NEIN

8.2 *Hattest Du einen Unfall?* JA NEIN

- G 8.3 *Warst Du krank?* JA NEIN

- G 8.4 *Musstest Du Medikamente einnehmen?* JA NEIN

- G 8.5 *Hattest Du Drogen genommen?* JA NEIN

8.6 *Hattest Du Probleme?* JA NEIN

Beschreiben:

- H 9.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- H 9.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

10. *Wünschst Du Dir wegen dieser Stimmung Hilfe?* JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochene Stimmung stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Mit Angst

Mit Gemischten Merkmalen

Mit Melancholischen Merkmalen

Mit Atypischen Merkmalen

Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen

Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Beginn:

Früher Beginn

Später Beginn

Mit Reinem Dysthymen Syndrom

Mit Persistierender Episode einer Major Depression

Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit Aktueller Episode

Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne Aktuelle Episode

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

DISRUPTIVE AFFEKTREGULATIONSSTÖRUNG

Im Folgenden geht es um Wutausbrüche und starke Stimmungsschwankungen.

- A,B 1.1 *Hast Du häufig Wutausbrüche?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

Falls **JA**:
- A,B 1.2 *Sind diese Wutausbrüche stärker und öfter als bei Anderen, die so alt sind wie Du?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.2 weiter zu Frage 2
- A,B 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du häufig Wutausbrüche hattest?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- A,B 1.4 *Waren diese Wutausbrüche stärker und öfter als bei Anderen, die so alt waren wie Du?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

Falls eindeutig Nein bei 1.1-1.4 weiter zu »Suizidscreening« S. 95.
- C 2. *Treten diese Wutausbrüche mind. 3x pro Woche auf?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- E 3. *Seit wann hast Du diese Wutausbrüche?*
Beschreiben:
- E 3.1 *Hast Du diese Wutausbrüche seit mehr als 12 Monaten?* **JA** **NEIN**
- E 3.2. *Gab es in dieser Zeit eine Phase, in der die Wutausbrüche nicht aufgetreten sind?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**:
- E 3.3 *Dauerte diese Phase ohne Wutausbrüche länger als 3 Monate?* **JA** **NEIN**
- D 4. *Wie ist deine Stimmung zwischen den Wutausbrüchen?*
Beschreiben:

- D 4.1 *Bist Du zwischen den Wutausbrüchen fast immer sehr gereizt und bemerken dies Andere?* **JA NEIN**
- D 4.2 *Bist Du zwischen den Wutausbrüchen fast immer wütend und bemerken dies Andere?* **JA NEIN**
- F 5. *In welchen Situationen hast Du Wutausbrüche?*
- F 5.1 *zu Hause?* **JA NEIN**
- 5.2 *in der Schule?* **JA NEIN**
- 5.3 *mit Gleichaltrigen?* **JA NEIN**

Hinweis: Das Verhalten muss in mind. 2 Kontexten auftreten und in mind. einem davon stark.

- H 6.1 *Ab welchem Alter wurdest Du von Anderen auf diese Wutausbrüche angesprochen?* **Alter: _____**
- H 6.2 *Zeigten sich Deine Wutausbrüche vor dem 10. Lebensjahr?* **JA NEIN**
- I 7. *Gab es jemals eine Phase von einem Tag oder länger, in der Du Dich extrem gut gelaunt gefühlt hast?* **JA NEIN**
- J 8. *Zeigen sich diese Wutausbrüche nur, wenn Du traurig und niedergeschlagen bist?* **JA NEIN**
- K 9. *Als das Verhalten anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?*
Beschreiben: **JA NEIN**
- K 10. *Warst Du krank kurz bevor es begann?* **JA NEIN**
- F 11.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- F 11.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

12. *Wünschst Du Dir wegen dieser Schwierigkeiten Hilfe?*

JA **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 13.

13. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schwierigkeiten stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

SUIZIDSCREENING

Im Folgenden geht es um Gedanken, Pläne oder Versuche, sich etwas anzutun.

Hinweis: Falls Hinweise auf Selbstgefährdung bestehen, leiten Sie die in Ihrer Einrichtung geltenden Maßnahmen ein.

Hinweis: Falls Sie der Sprungregel in der Major Depression Sektion gefolgt sind und nach Beendigung der Sektion „Suizidscreening“ keine Hinweise auf Selbstgefährdung vorliegen, setzen Sie das Interview bitte bei der Major Depression fort.

- 1.1 *Hast Du jemals häufig an den Tod gedacht?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- 1.2 *Hast Du jemals daran gedacht, Dir das Leben nehmen zu wollen?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
- A 1.3 *Hast Du schon einmal oder mehrfach versucht, Dir das Leben zu nehmen?*
Einmal: **JA** **NEIN**
Mehrfach: **JA** **NEIN**
Anzahl Versuche _____
Beschreiben:
- Falls NEIN bei 1.1- 1.3 weiter zu »Schlaf-Wach-Störungen« S.97.
- Falls JA bei 1.1 oder 1.2, aber NEIN bei 1.3 weiter zu 9.
2. *Auf welche Weise hast Du versucht, Dir das Leben zu nehmen?*
Beschreiben:
3. *Als Du versucht hast, Dir das Leben zu nehmen, hattest Du da die Absicht durch die Handlung zu sterben?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:
4. *Hast Du dies so arrangiert, dass es schwierig für andere war, Dich zu finden, Dich daran zu hindern bzw. zu retten?* **JA** **NEIN**
Beschreiben:

A 5. *War der letzte Suizidversuch innerhalb der letzten 2 Jahre?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls NEIN bei 5. weiter zu 9.

6. *Als Du versucht hast, Dir das Leben zu nehmen, ist da etwas Außergewöhnliches passiert?* JA NEIN

Beschreiben:

D 7. *Als Du versucht hast, Dir das Leben zu nehmen, hast Du Dich in Deinem Körper fremd gefühlt, hast Du Stimmen gehört, die andere nicht gehört haben oder Dinge gesehen, die andere nicht gesehen haben?* JA NEIN

Beschreiben:

E 8. *Als Du versucht hast, Dir das Leben zu nehmen, hast Du das ...*
... aus politischen Gründen gemacht? JA NEIN

... aus religiösen Gründen gemacht? JA NEIN

9. *Wie oft treten Suizidgedanken derzeit auf (pro Tag, Woche, Monat)*

Beschreiben:

10. *Hast Du einen Plan, wie Du Dir das Leben nehmen willst?* JA NEIN

Falls JA, wie?

Beschreiben:

11. *Hast Du Vorbereitungen getroffen (z.B. im Internet nach Suizidmethoden gesucht, Abschiedsbrief geschrieben, persönliche Sachen verschenkt, Testament verfasst, einen in Frage kommenden Ort aufgesucht, Dinge bereit gelegt)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls Hinweise auf Selbstgefährdung bestehen, leiten Sie die in Ihrer Einrichtung geltenden Maßnahmen ein.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Aktuell

Frühremittiert

SCHLAF-WACH-STÖRUNGEN

F51 Nicht-organische Schlafstörungen

Ich möchte Dir jetzt ein paar Fragen zum Schlaf stellen.

- 1.1 *Hast Du Schwierigkeiten mit dem Schlafen, z.B. kannst Du nicht ein- oder durchschlafen, bist Du am Tag oft sehr müde, träumst Du schlecht oder hast Du Alpträume?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du Schwierigkeiten mit dem Schlafen hattest z.B. konntest Du nicht ein- oder durchschlafen, warst Du am Tag oft sehr müde, träumtest Du schlecht, schlafwandeltest Du oder hattest Du Alpträume?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Essstörungen« S. 107.

2. *Wo schläfst Du?*

Beschreiben:

3. *Gehst Du regelmäßig zur gleichen Zeit schlafen?* JA NEIN

Beschreiben:

4. *Wie lange schläfst Du normalerweise?*

Beschreiben:

5. *Hast Du die Schlafprobleme nur, wenn Du die Zu-Bett-Geh-Zeiten/ Schlafzeiten nicht eingehalten hast?* JA NEIN

6. *Was machst Du am Abend, bevor Du ins Bett gehst?*

Beschreiben:

- 7.1 *Gibt es etwas, das Du immer machst, bevor Du ins Bett gehst, z.B. hörst Du eine Geschichte, liest etwas?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA:

- 7.2 *Hast Du die Schlafprobleme nur, wenn Du das nicht gemacht hast?* JA NEIN

INSOMNIE

F51.0 Nicht-organische Insomnie

- A 1.1 *Hast Du häufig Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen oder wachst Du morgens früh auf?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du häufig Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen hattest oder morgens früh aufgewacht bist?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Hypersomnie« S. 101.

2. *Seit wann hast Du diese Schlafprobleme?* Alter: _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Schlafprobleme kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

- D 3.1 *Hast Du diese Schlafprobleme seit mindestens 3 Monaten?* JA NEIN

Beschreiben:

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Schlafprobleme kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

- 3.2 *Wie häufig hast Du diese Schlafschwierigkeiten?*

Beschreiben:

- C 3.3 *Hast Du diese mind. 3 Nächte pro Woche?* JA NEIN

- E 3.4 *Hast Du diese Schlafschwierigkeiten auch, wenn Du genügend Möglichkeiten zum Schlafen hast?* JA NEIN

Beschreiben:

Bei Einschlafproblemen:

- 4.1 *Weißt Du, wie lange Du brauchst, um einzuschlafen?* JA NEIN

Beschreiben:

	4.2	<i>Weißt Du, wie oft dies pro Woche geschieht?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
		<u>Bei Durchschlafproblemen:</u>		
	5.1	<i>Weißt Du, wie oft Du in der Nacht erwachst?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
	5.2	<i>Weißt Du, wie lange Du dann wach bleibst?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
C	5.3	<i>Weißt Du, wie oft dies pro Woche geschieht?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
D	6.1	<i>Hast Du diese Ein- oder Durchschlafprobleme nur, wenn Du</i>		
		a) <i>sehr traurig bist?</i>	JA	NEIN
		b) <i>sehr ärgerlich und gereizt bist?</i>	JA	NEIN
		c) <i>Dinge, die Du sonst gerne tust, nicht mehr tun willst?</i>	JA	NEIN
		d) <i>tagsüber starke Angst/viele Sorgen hast?</i>	JA	NEIN
F	6.2	<i>Hast Du noch weitere Probleme mit dem Schlafen (andere Schlafstörungen z.B. Narkolepsie)?</i>		
		Beschreiben:	JA	NEIN
	7.	<i>Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
H	8.1	<i>Warst Du krank, kurz bevor diese Schlafprobleme begannen?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		
		<u>Hinweis:</u> Falls weitere psychische Störungen oder somatische Krankheiten vorliegen, erklären diese nicht die Schlafprobleme.		
G	8.2	<i>Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?</i>	JA	NEIN
		Beschreiben:		

- B 9.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

- B 9.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

10. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 11.

11. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schlafprobleme stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

- Mit einer Nichtschlafbezogenen Psychischen Störung
- Mit einem Anderen Medizinischen Krankheitsfaktor
- Mit einer Anderen Schlafstörung

Verlauf

- Episodisch
- Andauernd
- Rezidivierend

HYPERMOMNIE

F51.1 Nicht-organische Hypersomnie

- A 1.1 *Bist Du oft sehr müde, schläfst Du z.B. länger als gewohnt oder schläfst du am Tag, obwohl Du in der Nacht gut geschlafen hast?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du oft sehr müde warst, in der Du z.B. länger als gewohnt oder am Tag geschlafen hast, obwohl Du in der Nacht gut geschlafen hattest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Alptraum-Störung« S. 104.

- A 2. *Schläfst Du mehrmals am Tag ein?* JA NEIN

- A 2.1 *Schläfst Du zur Hauptschlafenszeit mehr als 9 Stunden pro Tag, welche aber nicht erholsam sind?* JA NEIN

- A 2.2 *Hast Du nach plötzlichem Aufwachen, Schwierigkeiten voll wach zu sein?* JA NEIN

- 2.3 *Seit wann hast Du diese Schläfrigkeit?* Alter: _____

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Schläfrigkeit kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

- B 3.1 *Erinnerst Du Dich, wie lange diese Schläfrigkeit bei Dir gedauert hat?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls keine konkrete Zeitdauer angegeben wird, Fragen 3.2 und 3.3 explizit stellen:

- B 3.2 *Dauerte diese Schläfrigkeit mindestens drei Monate an?* JA NEIN

- B 3.3 *Hast Du diese Schläfrigkeit mindestens 3 Tage die Woche?* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer der Schläfrigkeit kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

- F 4. *Hast Du diese Schläfrigkeit nur, wenn Du*
- | | | |
|--|-----------|-------------|
| a) <i>sehr traurig bist?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>sehr ärgerlich und gereizt bist?</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Dinge, die Du sonst gerne tust, nicht mehr tun willst?</i> | JA | NEIN |

Hinweis: Psychische oder somatische Störungen dürfen komorbide auftreten, erklären jedoch die Schlafschwierigkeiten nur bedingt.

5. *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA** **NEIN**
- Beschreiben:**

- F 6.1 *Warst Du krank, kurz bevor diese Schlafprobleme begannen?* **JA** **NEIN**
- Beschreiben:**

- E 6.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**
- Beschreiben:**

- D 6.3 *Hast Du noch andere Schlafprobleme z.B. Narkolepsie?* **JA** **NEIN**

Hinweis: Die Hypersomnie wird nicht besser durch eine andere Schlafstörung erklärt und tritt nicht nur während einer anderen Schlafstörung auf.

- C 7.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- | | |
|--|-------|
| a) <i>zu Hause?</i> | _____ |
| b) <i>in der Schule/ Kindergarten?</i> | _____ |
| c) <i>in der Freizeit?</i> | _____ |
| d) <i>mit Freunden?</i> | _____ |

- C 7.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

8. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 9.

9. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Schlafprobleme stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Mit einer Psychischen Störung

Mit einem medizinischen Krankheitsfaktor

Mit einer Anderen Schlafstörung

Verlauf:

Akut

Subakut

Andauernd

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

ALPTRAUM-STÖRUNG

F51.5 Alpträume

- A 1.1 *Kommt es vor, dass Du nachts wiederholt aufwachst und Angst hast, weil Du schlecht geträumt hast/einen Alptraum hattest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

- A 1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du nachts wiederholt aufgewacht bist, weil Du schlecht geträumt hattest/einen Alptraum hattest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Essstörungen« S. 107.

- 2.1 *Seit wann hast Du Alpträume?* Alter: _____

- 2.2 *Hast Du die Alpträume seit länger als 6 Monaten?* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach dem Beginn des Auftretens der Alpträume kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Als Hilfe können konkrete Zeitpunkte vorgegeben werden, z.B.: »Seit dem Kindergarten, seit Schulbeginn« etc.

3. *Weißt Du, wie oft dies in der Nacht geschieht?* JA NEIN

Beschreiben:

- A 4. *Kannst Du Dich jeweils an die Träume erinnern?* JA NEIN

Mit den Fragen 5 und 6 können Schweregrad und Dauer dieser Schlafstörung anhand der ICSD Kriterien genauer erfasst werden:

5. *Weißt Du, wie oft dies auftritt?*
- a) *Weniger als einmal pro Woche* JA NEIN
 - b) *Mehr als einmal pro Woche, aber nicht jede Nacht* JA NEIN
 - c) *Jede Nacht* JA NEIN

6. *Erinnerst Du Dich, seit wann Du diese Alpträume hast?*
- a) *Einen Monat oder weniger* JA NEIN
 - b) *Weniger als 6 Monate* JA NEIN
 - c) *6 Monate oder länger* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer dieser Alpträume kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

A 7. *Denkst Du, dass Du die Alpträume eher am Morgen hast?* **JA NEIN**

B 8. *Wenn Du aufwachst nach solch einem Traum, weißt Du dann, dass Du zu Hause im Bett bist und nur geträumt hast?* **JA NEIN**

Hinweis: Nach dem Aufwachen kann zwar häufig eine Phase der Desorientiertheit auftreten, was aber nach wenigen Minuten vorbei sein sollte.

E 9. *Hast Du diese Alpträume nur, wenn Du*

a) <i>sehr traurig bist?</i>	JA	NEIN
b) <i>sehr ärgerlich und gereizt bist?</i>	JA	NEIN
c) <i>Dinge, die Du sonst gerne tust, nicht mehr tun willst?</i>	JA	NEIN
d) <i>tagsüber starke Angst/viele Sorgen hast?</i>	JA	NEIN

Hinweis: Komorbide psychische und somatische Störungen können auftreten, erklären aber die Alpträume nicht vollständig.

10.1 *Als das anfang, ist da etwas Besonderes passiert in Deinem Leben?* **JA NEIN**
Beschreiben:

10.2 *Hast Du Alpträume, weil Du etwas Schlimmes erlebt hast?* **JA NEIN**
Beschreiben:

D 11.1 *Warst Du krank, kurz bevor dies begann?* **JA NEIN**
Beschreiben:

D 11.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:

C 12.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) <i>zu Hause?</i>	_____
b) <i>in der Schule/ Kindergarten?</i>	_____
c) <i>in der Freizeit?</i>	_____
d) <i>mit Freunden?</i>	_____

C 12.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

13. *Wünschst Du Dir wegen dieser Alpträume Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du die eben besprochenen Alpträume öfters hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Zusatzkodierungen:

Während des Schlafbeginns

In Verbindung mit Nichtschlafstörungen

In Verbindung mit Anderen Medizinischen Erkrankungen

Verbunden mit Anderen Schlafstörungen

Verlauf:

Akut

Subakut

Andauernd

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

ESSSTÖRUNGEN

F50 Essstörungen

Ich möchte Dir jetzt ein paar Fragen zu Deinem Gewicht und Deinen Essgewohnheiten stellen.

1.1 *Wie groß bist Du?* _____ cm

1.2 *Wie viel wiegst Du zurzeit?* _____ kg

Hinweis: Wenn möglich, sollte das Gewicht und die Größe des Patienten vor Ort gemessen werden, da seine Aussagen dazu ungenau sein können.

Berechnen Sie den BMI _____ kg/m²

Stellen Sie fest, ob ein Verdacht auf Anorexie (BMI < 10. Perzentil), Übergewicht (BMI > 90. Perzentil) oder Adipositas (BMI > 97. Perzentil) besteht. Falls der Patient übergewichtig oder adipös ist, sollten somatische Risiken abgeklärt werden (z.B. Typ-2-Diabetes und Schlaf Apnoe).

Hinweis: Die Liste mit den BMI-Perzentilwerten separat für Mädchen und Jungen befindet sich bei den Diagnosekriterien zu den Essstörungen.

Verdacht auf Anorexie?	JA	NEIN
Verdacht auf Übergewicht?	JA	NEIN
Verdacht auf Adipositas?	JA	NEIN

ANOREXIA NERVOSA

F50.0 Anorexia nervosa

A 1.1 (BMI < 10. Perzentil)? JA NEIN

A 1.2 *Hast Du in der letzten Zeit abgenommen oder nicht zugenommen, obwohl Du gewachsen bist?* JA NEIN

Falls **JA**:

A 1.3 *Wie viel hast Du abgenommen?* _____ kg

Falls gegenwärtig ein Verdacht auf Anorexie besteht: weiter zu Frage 2.1.

A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du stark abgenommen hast oder der BMI < 10. Perzentil war?* JA NEIN

Falls **JA**:

A 1.5 *Wie viel hast Du abgenommen?* _____ kg

Falls eindeutig kein Verdacht auf Anorexie besteht: weiter zu »Bulimia Nervosa« S. 112.

2.1 *Möchtest Du gerne an Gewicht zunehmen?* JA NEIN

Falls **NEIN**:

2.2 *Warum möchtest Du Dein Gewicht halten oder sogar weiter abnehmen?*

Beschreiben:

2.3 *Haben andere Leute Dir schon geraten zuzunehmen?* JA NEIN

B 3.1 *Hast Du große Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden?* JA NEIN

B 3.2 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Dir die Vorstellung, 3 bis 5 kg zuzunehmen?*

0 1 2 3
gar keine Angst ein wenig viel sehr viel Angst

B 3.3 *Kennst Du für Dich eine Gewichtsgrenze? Ich meine damit, ob es für Dich ein Gewicht gibt, das Du nicht überschreiten darfst/möchtest?* JA NEIN

Beschreiben:

B 3.4 *Tust Du bestimmte Dinge dauerhaft, um nicht zuzunehmen (z.B. Sport, Diät...)?* JA NEIN

- | | | | | |
|---|-----|---|-----------|-------------|
| C | 3.5 | <i>Hast Du das Gefühl, insgesamt oder an Teilen Deines Körpers zu dick zu sein?</i> | JA | NEIN |
| C | 3.6 | <i>Wenn Du an Gewicht zunimmst, denkst Du dann, dass Du nichts wert bist (fühlst Du Dich dann schlecht)?</i> | JA | NEIN |
| | 3.7 | <i>Denkst Du, dass Du durch Dein Gewicht Deiner Gesundheit schadest?</i> | JA | NEIN |
| | 3.8 | <i>Wurdest Du schon einmal wegen Deines Gewichts/Aussehens geärgert?</i> | JA | NEIN |
| | 4.1 | <i>Beschreibe bitte, was und wie viel Du typischerweise im Laufe eines Tages isst.</i>
Beschreiben: | | |
| | 4.2 | <i>Denkst Du oft ans Essen?</i>
Beschreiben: | JA | NEIN |
| | 4.3 | <i>Achtest Du darauf, was Du isst?</i> | JA | NEIN |
| | 4.4 | <i>Verbietest Du Dir bestimmte Nahrungsmittel?</i> | JA | NEIN |
| | | Falls JA : | | |
| | 4.5 | <i>Welche/Warum?</i>
Beschreiben: | | |
| | 4.6 | <i>Achtest Du auf die Menge, die Du isst?</i> | JA | NEIN |

Subtypen der Anorexia nervosa:

Hinweis: Die folgenden Fragen zum Typus beziehen sich jeweils auf die letzten drei Monate.

- | | | | | |
|--|-----|--|-----------|-------------|
| | 5. | <u>Restriktiver Typus:</u> | | |
| | 5.1 | <i>Machst Du eine Diät, um abzunehmen?</i> | JA | NEIN |
| | | Beschreiben: | | |
| | 5.2 | <i>Fastest Du, um abzunehmen?</i> | JA | NEIN |
| | | Beschreiben: | | |
| | 5.3 | <i>Bewegst Du Dich viel, um abzunehmen?</i> | JA | NEIN |
| | | Beschreiben: | | |
| | | <u>Binge-Eating-/Purging-Typus:</u> | | |
| | 6.1 | <i>Hast Du Essanfälle? Isst Du dann in kurzer Zeit ganz viel auf einmal?</i> | JA | NEIN |
| | | Beschreiben: | | |

- 6.2 *Nimmst Du Abführmittel oder andere Medikamente, um abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 6.3 *Erbrichst Du im Anschluss an eine Mahlzeit, um abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- Nur für Mädchen/Frauen:
- 7.1 *Hast Du Deine Periode schon bekommen, bevor Du so abgenommen hast/ Untergewicht hattest?* **JA NEIN**
- Falls **JA:**
- 7.2 *Als Du so abgenommen hast/Untergewicht hattest, hat da Deine Regelblutung ausgesetzt?* **JA NEIN**
- Falls **JA:**
- 7.3 *Hat sie mindestens dreimal hintereinander ausgesetzt?* **JA NEIN**
- Falls **NEIN:**
- 7.4 *Nimmst Du die Pille?* **JA NEIN**
- Geschichte:
- 8.1 *Wann begann es, dass Du so abgenommen hast?* **Alter: _____**
- 8.2 *Standest Du unter irgendeiner Art von Stress?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 8.3 *Was geschah in Deinem Leben zu dieser Zeit?*
Beschreiben:
- 8.4 *Warst Du schon einmal zu dick bzw. haben Dir andere Leute (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 9.1 *Warst Du krank, kurz bevor Du abgenommen hast?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- 9.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA NEIN**
Beschreiben:

10.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt?
Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere
Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

10.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

11. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 12.

12. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du das eben besprochene Essverhalten stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

Extrem

Hinweis: Zur Bestimmung des Schweregrades bei Kindern wird vermehrt auf die BMI-Perzentile geachtet, für Erwachsene orientiert sich der Schweregrad am BMI.

BULIMIA NERVOSA

F50.2 Bulimia nervosa

- A 1.1 *Hast Du Essanfälle oder Heißhungerphasen, bei denen Du in kurzer Zeit sehr viel isst, z.B. mehr als andere Kinder/Jugendliche essen würden (z.B. innerhalb von 2 Stunden)?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.2 *Hast Du während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, kannst Du z.B. nicht steuern, was Du isst oder wie viel Du isst oder Du kannst nicht mehr aufhören zu essen, obwohl Du das eigentlich möchtest?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls JA bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

- A 1.3 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du Essanfälle oder Heißhungerphasen hattest, bei denen Du in kurzer Zeit sehr viel gegessen hast, z.B. mehr als andere Kinder/Jugendliche essen würden?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls **JA**:

- A 1.4 *Gab es jemals eine Zeit, in der Du während dieser Essanfälle das Gefühl hattest, die Kontrolle zu verlieren, Du konntest z.B. nicht steuern, was oder wie viel Du gegessen hast oder Du konntest nicht mehr aufhören zu essen obwohl Du das eigentlich wolltest?* JA NEIN

Beschreiben:

,Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu »Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch« S. 119.

2. *Beschreibe bitte, was und wie viel Du dann isst. (Während eines Essanfalls werden typischerweise kalorienreiche, süße und leicht zu kauende Nahrungsmittel eingenommen.)*

Beschreiben:

- B 3.1 *Erbrichst Du im Anschluss an eine Mahlzeit, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

- B 3.2 *Nimmst Du Abführmittel oder andere Medikamente, um nicht zuzunehmen?* JA NEIN

Beschreiben:

- B 4.1 *Fastest Du, um nicht zuzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- B 4.2 *Bewegst Du Dich viel, um nicht zuzunehmen?* **JA NEIN**
Beschreiben:
- Falls nicht regelmäßig unangemessenes Kompensationsverhalten gezeigt wird:
weiter zu »Binge-Eating-Störung« S. 116.
5. *Beschreibe bitte, was und wie viel Du typischerweise im Laufe eines Tages isst.*
Beschreiben:
- 6.1 *Machst Du Dir Sorgen um Dein Gewicht oder Dein Aussehen?* **JA NEIN**
- D 6.2 *Wenn Du an Gewicht zunimmst, denkst Du dann, dass Du nichts wert bist (fühlst Du Dich dann schlecht)?* **JA NEIN**
- 6.3 *Wurdest Du schon einmal wegen Deines Gewichts/Aussehens geärgert?* **JA NEIN**
- 6.4 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Dir die Vorstellung, 3 bis 5 kg zuzunehmen?*
- | | | | |
|-----------------|-----------|------|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| gar keine Angst | ein wenig | viel | sehr viel Angst |
- 7.1 *Wie viele Essanfälle hast Du*
- a) *pro Tag?* _____
- b) *pro Woche?* _____
- C 7.2 *Hast Du schon einmal über drei Monate hinweg mindestens einmal pro Woche einen solchen Essanfall gehabt und anschließend etwas unternommen, damit Du nicht zunimmst?* **JA NEIN**

Hinweis: Die Frage nach der Dauer des Essproblems kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

Hinweis: Das Essen wird vor anderen möglichst geheim gehalten.

9. *Weißt Du, wodurch die Essanfälle ausgelöst werden?*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Streit mit Deinen Eltern, Freunden</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Schwierigkeiten zu Hause, in der Schule, bei der Arbeit</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Langeweile oder ein Gefühl von Leere</i> | JA | NEIN |
| d) <i>Traurigkeit oder Ärger</i> | JA | NEIN |
| e) <i>Sonstiges?</i> | JA | NEIN |

Beschreiben:

10. Geschichte:

10.1 *Wann hattest Du Deinen ersten Essanfall?* **Alter:** _____

10.2 *Wo warst Du?*

Beschreiben:

10.3 *Mit wem warst Du zusammen?*

Beschreiben:

10.4 *Wie fing es an?*

Beschreiben:

10.5 *Standest Du unter irgendeiner Art von Stress?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.6 *Was geschah in Deinem Leben zu dieser Zeit?*

Beschreiben:

10.7 *Hast Du eine Diät gemacht?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.8 *Warst Du schon einmal zu dick bzw. haben Dir andere Leute (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.9 *Haben Dir andere Leute schon geraten zuzunehmen?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

10.10 *Wann hast Du zum ersten Mal etwas unternommen (z.B. im Sinne von Unangemessenen Gegenmaßnahmen, z.B. Erbrechen), um nicht zuzunehmen?* **Alter:** _____

10.11 *Was hast Du unternommen, um nicht zuzunehmen?*

Beschreiben:

11.1 *Warst Du krank, kurz bevor die Essanfälle auftraten?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

11.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?* **JA** **NEIN**

Beschreiben:

12.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt?
Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere
Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

- a) *zu Hause?* _____
- b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____
- c) *in der Freizeit?* _____
- d) *mit Freunden?* _____

12.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

13. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?* **JA** **NEIN**

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 14.

14. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du das eben besprochene Essproblem stärker hattest?* **JA** **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

- Teilremittiert
- Vollremittiert

Schweregrad:

- Leicht
- Mittel
- Schwer
- Extrem

BINGE-EATING STÖRUNG

- B 1. *Wenn Du diese Essanfälle hast, bei denen Du in kurzer Zeit sehr viel isst und dabei nicht steuern kannst, was Du isst,*
- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>isst Du dann viel schneller als normalerweise?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>isst Du dann soviel, bis Du Dich unangenehm voll fühlst?</i> | JA | NEIN |
| c) <i>isst Du dann, auch wenn Du gar keinen Hunger hast?</i> | JA | NEIN |
| d) <i>bist Du dann alleine, weil es Dir unangenehm ist?</i> | JA | NEIN |
| e) <i>hast Du dann entweder Schuldgefühle, bist deprimiert oder ekelst Dich vor Dir selber?</i> | JA | NEIN |

Falls weniger als 3 Symptome von 1a bis 1e erfüllt sind: weiter zu „Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch“ S. 119.

- D 2.1 *Erinnerst Du Dich, wann die Essanfälle zum ersten Mal aufgetreten sind?*
Beschreiben: JA NEIN
- D 2.2 *Dauerten diese Essanfälle mindestens 3 Monate an?* JA NEIN
- D 3.1 *Erinnerst Du Dich, wie häufig diese Essanfälle bei Dir aufgetreten sind?*
Beschreiben: JA NEIN
- D 3.2 *Hattest Du im Durchschnitt mindestens einen Essanfall pro Woche?* JA NEIN

Hinweis: Die Frage nach der Dauer des Essverhaltens kann für die Kinder schwierig zu beantworten sein. Hilfreich kann es sein, den entsprechenden Zeitraum anhand eines konkreten Ereignisses anschaulich zu machen, z.B.: »Seit den Herbstferien« etc.

4. *Wenn Du diese Essanfälle hast, spürst Du dann einen starken Drang, nach Essen zu suchen,*
- | | | |
|--|----|------|
| a) <i>damit Du Dich besser fühlst?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>um Dich für etwas zu belohnen?</i> | JA | NEIN |
5. *Kommt es vor, dass Du Essen versteckst?* JA NEIN

Geschichte:

- 6.1 *Wann hattest Du Deinen ersten Essanfall?* Alter: _____
- 6.2 *Wo warst Du?*
Beschreiben:
- 6.3 *Mit wem warst Du zusammen?*
Beschreiben:

6.4 *Wie fing es an?*

Beschreiben:

6.5 *Standest Du unter irgendeiner Art von Stress?*

JA NEIN

Beschreiben:

6.6 *Was geschah in Deinem Leben zu dieser Zeit?*

Beschreiben:

6.7 *Hast Du eine Diät gemacht?*

JA NEIN

Beschreiben:

6.8 *Warst Du schon einmal zu dick, bzw. haben Dir andere Leute (Eltern, Ärzte, Fachpersonen) schon geraten abzunehmen?*

JA NEIN

Beschreiben:

7.1 *Warst Du krank, kurz bevor die Essanfälle auftraten?*

JA NEIN

Beschreiben:

7.2 *Nahmst Du bei Beginn Medikamente (oder Drogen) ein?*

JA NEIN

Beschreiben:

- C 8.1 *Wie stark wirst Du durch diese Schwierigkeiten in Deinem Leben eingeschränkt? Kannst Du z.B. Dinge nicht mehr tun, die Du früher getan hast oder die andere Kinder/Jugendliche in Deinem Alter tun?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung/den Leidensdruck anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Wie ist das z.B.

a) *zu Hause?* _____

b) *in der Schule/ Kindergarten?* _____

c) *in der Freizeit?* _____

d) *mit Freunden?* _____

- C 8.2 *Wie stark leidest Du darunter?* _____

9. *Wünschst Du Dir wegen dieser Probleme Hilfe?*

JA NEIN

Falls zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Diagnose gestellt werden kann, aufgrund der Informationen jedoch der Verdacht besteht, dass eine Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt gerechtfertigt war, weiter mit Frage 10.

10. *Kam es früher schon einmal vor, dass Du das eben besprochene Essverhalten stärker hattest?*

JA **NEIN**

Falls **JA**, sollte eine Befragung über frühere Zeiten durchgeführt werden.

Hinweis: Im DSM-5 gibt es noch folgende Spezifizierungsmöglichkeiten:

Verlauf:

Teilremittiert

Vollremittiert

Schweregrad:

Leicht

Mittel

Schwer

Extrem

ALKOHOL-, NIKOTIN- UND DROGENMISSBRAUCH (Screening)

1.1 *Hast Du schon einmal Alkohol getrunken?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.1: weiter zu Frage 2.1

1.2 *Was hast Du getrunken?*

- | | | |
|----------------------|----|------|
| a) <i>Bier</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Wein</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Alkopops</i> | JA | NEIN |
| d) <i>Sonstiges?</i> | | |

Beschreiben:

Die folgenden Fragen (1.3-1.6) sind für alle alkoholischen Getränke, die vom Patienten genommen werden, zu stellen und zu protokollieren.

1.3 *Wann hast Du zum ersten Mal (...) getrunken?* Alter: _____

1.4 *Hast Du schon mehrmals (...) getrunken?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 1.4: weiter zu Frage 2.1

1.5 *Wie häufig hast Du im letzten halben Jahr (...) getrunken?*

- | | | |
|---------------------------------------|----|------|
| a) <i>Jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Fast jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| c) <i>3 bis 4 Mal in der Woche</i> | JA | NEIN |
| d) <i>1 bis 2 Mal in der Woche</i> | JA | NEIN |
| e) <i>1 bis 3 Mal im Monat</i> | JA | NEIN |
| f) <i>Weniger als einmal im Monat</i> | JA | NEIN |

1.6 *Wie viel (...) trinkst Du dann ungefähr?*

Beschreiben:

2.1 *Hast Du schon einmal eine Zigarette geraucht?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.1: weiter zu Frage 3.1

2.2 *Wann hast Du zum ersten Mal eine Zigarette geraucht?* Alter: _____

2.3 *Hast Du schon mehrmals eine Zigarette geraucht?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 2.3: weiter zu Frage 3.1

2.4 *Wie häufig hast Du im letzten halben Jahr geraucht?*

- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Fast jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| c) <i>An 3 bis 4 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| d) <i>An 1 bis 2 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| e) <i>An 1 bis 3 Tagen im Monat</i> | JA | NEIN |
| f) <i>Weniger als einmal im Monat</i> | JA | NEIN |

2.5 *Wie viele Zigaretten rauchst Du dann?*

Beschreiben:

3.1 *Hast Du schon einmal Cannabis, Marihuana oder Haschisch genommen?* JA NEIN

Beschreiben:

Falls eindeutig NEIN bei 3.1: weiter zu Frage 4.1

3.2 *Wann hast Du zum ersten Mal (...) genommen?* Alter: _____

3.3 *Hast Du schon mehrmals (...) genommen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 3.3: weiter zu Frage 4.1

3.4 *Wie häufig hast Du im letzten halben Jahr (...) genommen?*

- | | | |
|---|----|------|
| a) <i>Jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Fast jeden Tag</i> | JA | NEIN |
| c) <i>An 3 bis 4 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| d) <i>An 1 bis 2 Tagen in der Woche</i> | JA | NEIN |
| e) <i>An 1 bis 3 Tagen im Monat</i> | JA | NEIN |
| f) <i>Weniger als einmal im Monat</i> | JA | NEIN |

3.5 *Wie viel (...) nimmst Du dann ungefähr?*

Beschreiben:

4.1 *Nimmst Du irgendetwas (Drogen oder Medikamente) um Deine Stimmung zu beeinflussen oder um Dich aufzuputschen?* JA NEIN

Falls eindeutig NEIN bei 4.1: weiter zu »Nicht-organische Psychose« S. 122.

4.2 Was nimmst Du?

- | | | |
|---------------|----|------|
| a) Ecstasy | JA | NEIN |
| b) Speed | JA | NEIN |
| c) Kokain | JA | NEIN |
| d) Heroin | JA | NEIN |
| e) Sonstiges? | JA | NEIN |

Beschreiben:

Die folgenden Fragen (4.3–4.6) sind für alle Substanzen, die vom Patienten genommen werden, zu stellen und zu protokollieren.

4.3 Wann hast Du zum ersten Mal (...) genommen?

Alter: _____

4.4 Wie oft hast Du im letzten halben Jahr (...)genommen?

- | | | |
|--------------------|----|------|
| a) Einmal | JA | NEIN |
| b) 2 bis 4 Mal | JA | NEIN |
| c) 5 Mal oder mehr | JA | NEIN |

Falls c) mit **JA** beantwortet wird, weiter mit Fragen 4.5 und 4.6:

4.5 Wie häufig hast Du im letzten halben Jahr (...) genommen?

- | | | |
|----------------------------------|----|------|
| a) Jeden Tag | JA | NEIN |
| b) Fast jeden Tag | JA | NEIN |
| c) An 3 bis 4 Tagen in der Woche | JA | NEIN |
| d) An 1 bis 2 Tagen in der Woche | JA | NEIN |
| e) An 1 bis 3 Tagen im Monat | JA | NEIN |
| f) Weniger als einmal im Monat | JA | NEIN |

4.6 Wie viel (...) nimmst Du dann ungefähr?

Beschreiben:

Hinweis: Weitere Abklärungen bezüglich des Konsums der hier aufgeführten Substanzen können z.B. anhand des DIPS (Schneider & Margraf, 2007) vorgenommen werden.

NICHT-ORGANISCHE PSYCHOSE (Screening)

1. *Gab es jemals eine Zeit, in der Du eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hast, wie z.B.*

- | | | |
|--|-----------|-------------|
| a) <i>Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben?</i> | JA | NEIN |
| b) <i>Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in Deiner Nähe war?</i> | JA | NEIN |
| c) <i>Erscheinungen, die niemand anderes gesehen hat?</i> | JA | NEIN |
| d) <i>Hattest Du das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Dich herum vorgegangen ist, z.B. dass Menschen Dinge getan haben, um Dich zu testen, um gegen Dich vorzugehen oder Dir zu schaden, so dass Du das Gefühl hattest, ständig aufpassen zu müssen?</i> | JA | NEIN |
| e) <i>Hatten Menschen Schwierigkeiten, Dich zu verstehen, weil Deine Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der Du gesprochen hast, keinen Sinn machte?</i> | JA | NEIN |

Falls **JA**:

- f) *Wann geschah dies? (Hier insbesondere abklären, ob Symptome nach Drogeneinfluss, körperlicher Erkrankung usw. aufgetreten sind.)*

Beschreiben:

ALLGEMEINE ANAMNESE

FRÜHERE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

1. *Wurdest Du jemals wegen Ängsten, Depressionen, Essproblemen oder anderen psychischen Problemen behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**

Wann?	Welche Einrichtung?	Problem, Behandlung, Medikation

FAMILIENGESCHICHTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- 1.1 *Wurde Deine Mutter jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 1.2 *Hatte Deine Mutter solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**
- 2.1 *Wurde Dein Vater jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 2.2 *Hatte Dein Vater solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**
- 3.1 *Wurde sonst jemand aus Deiner Familie (Geschwister, Tante, Onkel, Großeltern) jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?* **JA** **NEIN**
- 3.2 *Hatte sonst jemand aus Deiner Familie solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?* **JA** **NEIN**

Verwandtschaftsgrad	Daten	Beschreibung des Problems	Behandlung

MEDIKATION

Stellen Sie den gegenwärtigen und vergangenen Gebrauch fest.

1. *Nimmst Du gegenwärtig irgendwelche Medikamente?*

JA **NEIN**

Falls **JA**:

Gegenwärtiger Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Seit wann eingenommen?

2. *Hast Du früher irgendwelche Medikamente genommen?*

JA **NEIN**

Falls **JA**:

Früherer Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Dauer der Einnahme

3. *Hast Du Probleme mit Medikamenten erlebt, wie z. B. Nebenwirkungen oder Entzugserscheinungen?*

JA **NEIN**

Beschreiben:

ZUSAMMENFASSUNG

Was ist Dein Hauptproblem, für das Du Hilfe suchst?

Was ist die Hauptveränderung, die Du machen möchtest?

Gibt es irgendetwas anderes Wichtiges, wonach ich nicht gefragt habe?

GEISTIGER ZUSTAND / INTELLIGENZ

INTERVIEWVERHALTEN

NOTIZEN

Hier können Anmerkungen, Besonderheiten des Patienten oder diagnostisch ungeklärte Fragen vermerkt werden:

KLINISCHE EINSCHÄTZUNGEN UND DIAGNOSEN

Es können mehrere Primär- und auch Zusatzdiagnosen gegeben werden. Dies hängt allein von Ihrer klinischen Einschätzung des Patienten ab. Schätzen Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala von 0-8 ein:

		leicht			mäßig		ausge- prägt		schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
		leicht störend/ behin- dernd		deutlich störend/ behin- dernd		stark störend/ behin- dernd		sehr stark störend/ behin- dernd	
SUBKLINISCHER BEREICH					KLINISCHER BEREICH				

DSM-5-DIAGNOSE

Primäre
Diagnose

Schweregrad

Zusätzliche
Diagnose

Schweregrad

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____
 Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

Primäre
Diagnose

Schweregrad

Zusätzliche
Diagnose

Schweregrad

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____

Ende _____

ZUSAMMENGESETZTE DIAGNOSE (aus Kinder- und Elternversion)

DSM-5-DIAGNOSE

<u>Primäre Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>	<u>Zusätzliche Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<u>Frühere Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____

Zeit: Beginn _____
 Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

<u>Primäre Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>	<u>Zusätzliche Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<u>Frühere Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____

Zeit: Beginn _____
 Ende _____

Beurteilen Sie die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100:

Falls die Einschätzung unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Kinder-DIPS

Open Access

Diagnostisches Interview bei psychischen
Störungen im Kindes- und Jugendalter

Protokollbogen Kinderversion

3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Version 09/2018)

Silvia Schneider

Verena Pflug

Tina In-Albon

Jürgen Margraf

**Protokollbogen zum
Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen
im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)
- Kinderversion -**

ÜBERBLICK

Datum: _____ Interviewer/in: _____

Angaben zum Kind:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Familienstand der Eltern/Erziehungspersonen, bei denen das Kind lebt:

_____ verheiratet	Frühere Ehen? JA NEIN
_____ ledig	Daten: _____
_____ feste Partnerschaft	Datum _____
_____ getrennt	Datum _____
_____ geschieden	Datum _____
_____ verwitwet	Datum _____
_____ sonstiges	Datum _____

Geschwister:

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

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Wohnsituation:

Art Wohnung _____

Anzahl Zimmer _____

Eigenes Zimmer? Ja Nein

Wo Hausaufgaben? _____

Spielen Nachbarskinder? _____

Hauptschwierigkeiten:

Hauptgrund:

Familie, Freunde, Klassenkameraden:

Schule, Ausbildung, Beruf:

Gesundheit:

Gesetzliche Angelegenheiten:

ALLGEMEINES SCREENING

- | | | | |
|------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Brille? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 2. | Hörprobleme? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 3.1 | Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Welche? | <hr/> | |
| 3.3 | Alter: | <hr/> | |
| 4.1 | Turnunterricht? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.2 | Warum nicht? | <hr/> | |
| 4.3 | Sport? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.4 | Basteln, Puzzles? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.5 | Warum nicht? | <hr/> | |
| 4.6 | Hinfallen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.7 | Dinge fallen lassen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 4.8 | Schönschreiben? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.9 | Ungeschickter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.10 | Schule schlechter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4.11 | Einschränkung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 5.1 | Sprachprobleme? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 5.2 | Früher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <hr/> | |
| 5.3 | a) Stottern? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | b) Worte suchen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | c) Sätze bilden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | d) Verständnis? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | e) Aussprache? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 5.4 | Situationen: | <hr/> | |
| 5.5 | Alter: | <hr/> | |
| 5.6 | Dauer: | <hr/> | |
| 5.7 | Schule schlechter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 5.8 | Weniger Sprechen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| 6.1 | Schulform: | <hr/> | |
| 6.2 | Schulklasse: | <hr/> | |

6.3 Sitzengeblieben? Ja Nein

Klasse: _____

6.4 Gerne Schule? Ja Nein

Warum nicht? _____

6.5 Fehlen? Ja Nein

6.6 a) Angst Dinge/ Personen? Ja Nein

b) Trennungsangst? Ja Nein

c) Soziale Angst? Ja Nein

d) keine Lust? Ja Nein

e) depressiv? Ja Nein

f) Sonstige? Ja Nein

6.7 Rechenschwierigkeit? Ja Nein

6.8 Schreibschwierigkeit? Ja Nein

6.9 Leseschwierigkeit? Ja Nein

6.10 Schule schlechter? Ja Nein

6.11 Förderunterricht? Ja Nein

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

A 1.1 Ablenkbar? Ja Nein

A 1.2 Unruhig? Ja Nein

1.3 Situationen: _____

A 1.4 Früher ablenkbar? Ja Nein

A 1.5 Früher unruhig? Ja Nein

1.6 Früher Situationen: _____

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

A 2.1 _____

A 2.2 _____

A 2.3 _____

A 2.4 _____

A 2.5 _____

A 2.6 _____

A 2.7 _____

A 2.8 _____

A 2.9 _____

A 2.10 _____

A 2.11 _____

A 2.12 _____

A 2.13 _____

A 2.14 _____

A 2.15 _____

A 2.16 _____

A 2.17 _____

A 2.18 _____

B 3.1 Alter: _____

B 3.2 Vor 12. Lebensjahr? Ja NeinA 4. 6 Monate? Ja Nein5. Auslöser? Ja NeinC 6.1 Schule/KiGa schlechter? Ja Nein

C 6.2 Schwierigkeiten

a) Mit Eltern? Ja Neinb) Mit Freunden? Ja Neinc) Mit Lehrern? Ja Neind) Mit anderen? Ja Nein

D 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

7.2 Leidensdruck: _____

8. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein9. Früher? Ja Nein**Diagnosekriterien DSM5 und ICD-10 (F90.0):**Aktuell: Früher: A: Ja NeinD: Ja NeinB: Ja NeinE: Ja NeinC: Ja NeinMischtypus: Vorwiegend Unaufmerksamer Typus: Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus: Teilremittiert: Leicht: Mittel: Schwer:

STÖRUNG MIT OPPOSITIONELLEM TROTZVERHALTEN

A 1.1 Ärgerlich, gereizt, streiten, rächen? Ja Nein

1.2 Wann?
a) Zu Hause: _____
b) Schule/KiGa: _____
c) Überall: _____

A 1.3 Früher: Ärgerlich, gereizt, streiten, rächen? Ja Nein

1.4 Früher wann?
a) Zu Hause: _____
b) Schule/KiGa: _____
c) Überall: _____

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

- A 2.1 _____
- A 2.2 _____
- A 2.3 _____
- A 2.4 _____
- A 2.5 _____
- A 2.6 _____
- A 2.7 _____
- A 2.8 (1)_____
- (2)_____

A 3. Alter: _____

A 4. 6 Monate? Ja Nein
5. Auslöser? Ja Nein

B 6.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____
b) Schule/KiGa: _____
c) Freizeit: _____
d) Mit Freunden: _____

B 6.2 Leidensdruck: _____

7. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
8. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
B: Ja Nein

Leicht:
Mittel:
Schwer:

Diagnosekriterien ICD-10 (F91.3):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS

A 1.1 Aggressiv? Ja Nein

A 1.2 Früher? Ja Nein

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

A 2.1 _____

A 2.2 _____

A 2.3 _____

A 2.4 _____

A 2.5 _____

A 2.6 _____

A 2.7 _____

A 2.8 _____

A 2.9 _____

A 2.10 _____

A 2.11 _____

A 2.12 _____

A 2.13 _____ <13 Jahre alt? Ja Nein

A 2.14 _____

A 2.15 _____ Warum? _____

<13 Jahre alt? Ja Nein

3.1 Alter: _____

3.2 Vor 10. Lebensjahr? Ja Nein

A 4.1 3 im letzten Jahr? Ja Nein

A 4.2 1 in letzten 6 Monaten? Ja Nein

5. Auslöser? Ja Nein

A 6 Ärger? Ja Nei

B 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

B 7.2 Leidensdruck: _____

8. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

Typ mit Beginn in der Kindheit:

Typ mit Beginn in der Adoleszenz:

Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn:

Mit Reduzierter Prosozialer Emotionalität:

Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein:

Gefühlskälte – Mangel an Empathie:

Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung:

Oberflächlicher oder mangelnder Affekt:

Leicht:

Mittel:

Schwer:

Diagnosekriterien ICD-10 (F91):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

B: Ja Nein

Beginn in der Kindheit:

Beginn in der Adoleszenz:

TICSTÖRUNGEN

A 1.1 Bewegungen? Ja Nein

Welche? Mehrere? _____

A 1.2 Geräusche? Ja Nein

Welche? Mehrere? _____

A 1.3 Früher Bewegungen? Ja Nein

Welche? Mehrere? _____

A 1.4 Früher Geräusche? Ja Nein

Welche? Mehrere? _____

C 2. Alter: _____

Dauer Tourette/chronische motorische oder vokale Ticstörung:

B 3.1 Länger als ein Jahr? Ja Nein

B 3.2 Symptombfreiheit? Ja Nein

B 3.3 Länger als 2 Monate? Ja Nein

Dauer vorübergehende Ticstörung:

- B 4 Kürzer als ein Jahr? Ja Nein
5. Etwas merken? Ja Nein
-
6. Beim Schlafen? Ja Nein
- 7.1 Zunahme bei Gefühlen? Ja Nein
- 7.2 Zunahme bei Infekten? Ja Nein
8. Abnahme bei
Konzentration? Ja Nein
-
9. Auslöser? Ja Nein
-
- D 10.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- D 10.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- 11.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- 11.2 Leidensdruck: _____
12. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
13. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5: Tourette-Störung:Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

Persistierende Motorische oder Vokale Ticstörung:Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

Mit ausschließlich motorischen Tics: Mit ausschließlich vokalen Tics:

Vorläufige Ticstörung:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

Diagnosekriterien ICD-10:Tourette-Syndrom (F95.2):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung (F95.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

Vorübergehende Ticstörung (F95.0):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

A 1.1 Trennungsangst? Ja Nein

A 1.2 Früher? Ja Nein

A 2. Symptomeinschätzung (0-3):

	<u>Angst</u>	<u>Vermeidung</u>
A 2.1 Leiden	_____	
A 2.2 (1) Verlust	_____	
(2) Etwas zustoßen	_____	
A 2.3 Ereignis	_____	
A 2.4 (1) Ungern Schule	_____	_____
(2) Ungern Orte	_____	_____
A 2.5 (1) Allein zu Hause	_____	_____
(2) Ungern Orte	_____	_____
A 2.6 (1) Nähe am Abend	_____	_____
(2) Nachts aufstehen	_____	
(3) Auswärts schlafen	_____	_____
A 2.7 Träumen	_____	
A 2.8 Schmerzen	_____	
A 2.9 Nachfragen	_____	
B 3.1 Alter:	_____	
3.2 Vor 6 Jahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein

- B 4. Mindestens 4 Wochen? Ja Nein
5. Auslöser? Ja Nein
-

C 6.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____

C 6.2 Leidensdruck: _____

7. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
8. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein

SPEZIFISCHE PHOBIE

- A 1.1 Spez. Angst? Ja Nein
-

- A 1.2 Vermeidung? Ja Nein
-

- A 1.3 Früher spez. Angst? Ja Nein
-

- 1.4 Früher Vermeidung? Ja Nein
-

A,C 2. Einschätzung (0-3):

Angst Vermeidung

- A,C 2.1 Bestimmte Tiere _____
-

- A,C 2.2 Höhen _____

- A,C 2.3 Unwetter _____

- A,C 2.4 Wasser _____

- A,C 2.5 Dunkelheit _____

- A,C 2.6 Blut/Verletzung (s.) _____

- A,C 2.7 Blut/Verletzung (a.) _____

- A,C 2.8 Spritzen _____
- A,C 2.9 Flugzeug _____
- A,C 2.10 Auto-/ Busfahren _____
- A,C 2.11 Enge Räume _____
- A,C 2.12 Fahrstühle _____
- A,C 2.13 Geister _____
- A,C 2.14 Laute Geräusche _____
- A,C 2.15 Untersuchungen _____
- A,C 2.16 Verkleidete Personen _____
- A,C 2.17 Erbrechen _____
- A,C 2.18 Sonstiges _____

Phobie 1:

Phobie 2:

- | | | | | | | |
|---|-----|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------|
| | | | _____ | _____ | | |
| B | 3 | Fast immer Angst? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| E | 4. | Alter: | _____ | | _____ | |
| E | 5. | Min. 6 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 6. | Auslöser? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 7.1 | Organ. Ursache? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 7.2 | Medi./Drogen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| G | 8.1 | Gefühle? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| A | 8.2 | Wutanfälle etc.? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| F | 9.1 | Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung: | | | | |
| | a) | Zu Hause: | _____ | | | |
| | b) | Schule/KiGa: | _____ | | | |
| | c) | Freizeit: | _____ | | | |
| | d) | Mit Freunden: | _____ | | | |
| F | 9.2 | Leidensdruck: | _____ | | | |
| | 10. | Wunsch nach Hilfe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |
| | 11. | Früher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | |

Spezifische Phobie 1:**Diagnosekriterien DSM 5:**Aktuell: Früher: A: Ja NeinE: Ja NeinB: Ja NeinF: Ja NeinC: Ja NeinG: Ja NeinD: Ja NeinTier: Umwelt: Blut-Spritzen-Verletzung: Situativ: Anderer Typus: _____**Diagnosekriterien ICD-10 (F40.2):**Aktuell: Früher: A: Ja NeinC: Ja NeinB: Ja NeinD: Ja Nein**Diagnosekriterien ICD-10 (F93.1):**Aktuell: Früher: A: Ja NeinC: Ja NeinB: Ja NeinD: Ja Nein**Spezifische Phobie 2:****Diagnosekriterien DSM 5:**Aktuell: Früher: A: Ja NeinE: Ja NeinB: Ja NeinF: Ja NeinC: Ja NeinG: Ja NeinD: Ja NeinTier: Umwelt: Blut-Spritzen-Verletzung: Situativ: Anderer Typus: _____**Diagnosekriterien ICD-10 (F40.2):**Aktuell: Früher: A: Ja NeinC: Ja NeinB: Ja NeinD: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

D: Ja Nein

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG

A 1.1 Soziale Angst? Ja Nein

A 1.2 Auch mit Kindern/
Jugendlichen? Ja Nein

A 1.3 Früher soziale Angst? Ja Nein

A 1.4 Früher Kinder/
Jugendlichen? Ja Nein

B 2 Peinlichkeit? Ja Nein

A,D 3. Einschätzung (0-3):

		<u>Angst</u>	<u>Vermeidung</u>	<u>Kommentar</u>
A,D	3.1 Feiern/Parties	_____	_____	_____
A,D	3.2 Schulklasse	_____	_____	_____
A,D	3.3 Lehrer fragen	_____	_____	_____
A,D	3.4 Essen i. Öffentl.	_____	_____	_____
A,D	3.5 Gruppe sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.6 Schreiben vor and.	_____	_____	_____
A,D	3.7 Treffen mit and.	_____	_____	_____
A,D	3.8 Erw. Sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.9 Autorität sprechen	_____	_____	_____
A,D	3.10 Selbstsicher sein:			
	(1) Nein sagen	_____	_____	_____
	(2) Andere bitten	_____	_____	_____
A,D	3.11 Geprüft werden	_____	_____	_____
A,D	3.12 Andere Situationen:			
	(1) _____	_____	_____	_____
	(2) _____	_____	_____	_____

C 4.1 Fast immer Angst? Ja Nein

C 4.2 Wutanfälle etc.? Ja Nein

F 5.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein

F 5.2 Min. 6 Monate? Ja Nein

H 6.1 Auslöser? Ja Nein

H 6.2 Organ. Ursache? Ja Nein

H 6.3 Medi./Drogen? Ja Nein

G 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

G 7.2 Leidensdruck: _____

8. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein F: Ja Nein

B: Ja Nein G: Ja Nein

C: Ja Nein H: Ja Nein

D: Ja Nein I: Ja Nein

E: Ja Nein J: Ja Nein

Nur in Leistungssituationen: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein D: Ja Nein

B: Ja Nein E: Ja Nein

C: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.2):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein E: Ja Nein

B: Ja Nein F: Ja Nein

C: Ja Nein G: Ja Nein

D: Ja Nein H: Ja Nein

SELEKTIVER MUTISMUS

A 1.1 Mutismus? Ja Nein

A 1.2 Situationen: _____

A 1.3 Normales Sprechen? Ja Nein

A 1.4 Früher Mutismus? Ja Nein

- A 1.5 Früher Situationen: _____

- A 1.6 Früher Sprechen? Ja Nein

- B 2.1 Verschlechterung? Ja Nein
 B 2.2 Weniger Sprechen? Ja Nein
 3.1 Schüchtern etc.? Ja Nein
 3.2 Wütend etc.? Ja Nein
 4. Alter: _____
- C 5. Min. 1 Monat? Ja Nein
- D 6. Warum? _____
 7. Auslöser? Ja Nein

8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

- a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____

8.2 Leidensdruck: _____

9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
 10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F94.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

- A 1.1 Sorgen? Ja Nein

- A 1.2 Andere Dinge? Ja Nein

- B 1.3 Kontrolle schwierig? Ja Nein

- A 1.4 Früher Sorgen? Ja Nein
-
- A 1.5 Früher andere Dinge? Ja Nein
-
- B 1.6 Früher Kontrolle? Ja Nein
- A,B 2. Einschätzung (0-3):
- | | <u>Sorgen</u> | <u>Unkontrollierbarkeit</u> |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
| A,B 2.1 Familie | _____ | _____ |
| A,B 2.2 Leistungen | _____ | _____ |
| A,B 2.3 Alltägliche Dinge | _____ | _____ |
| A,B 2.4 Soziale Themen | _____ | _____ |
| A,B 2.5 Eigene Gesundheit | _____ | _____ |
| A,B 2.6 Gesundheit Personen | _____ | _____ |
| A,B 2.7 Weltgeschehen | _____ | _____ |
| A,B 2.8 Sonstige | _____ | _____ |
-
3. Alter: _____
4. Mehrzahl der Tage? Ja Nein
- A 5. Min. 6 Monate? Ja Nein
- C 6. Symptomeinschätzung (0-3):
- C 6.1 Ruhelos _____
- C 6.2 Müde _____
- C 6.3 Konzentration _____
- C 6.4 Reizbar _____
- C 6.5 Verspannt _____
- C 6.6 Schlafprobleme _____
- C 7.1 Dauer Gefühle? Ja Nein
-
- C 7.2 Mehrzahl der Tage? Ja Nein
- F 8. Sorgen/ Angst:
- a) Traurigkeit? Ja Nein
- b) Ärger? Ja Nein
- c) Interessenverlust? Ja Nein
9. Nachfragen? Ja Nein
- E 10. Auslöser? Ja Nein
-
- E 11.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- E 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- D 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____

- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- D 12.2 Leidensdruck: _____
- 13. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

Diagnosekriterien ICD-10 (F93.8):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

PANIKANFALL

- 1.1 Starke Angst? Ja Nein
- 1.2 Früher starke Angst? Ja Nein

2. Symptomeinschätzung (0-3):

- 2.1 Herzklopfen _____
- 2.2 Schwitzen _____
- 2.3 Zittern o. Beben _____
- 2.4 Atmen _____
- 2.5 Ersticken _____
- 2.6 Schmerzen Brust _____
- 2.7 Bauchschmerzen _____
- 2.8 Schwindel _____
- 2.9 Wärme/Kälte _____
- 2.10 Taub/Kribbeln _____
- 2.11 Unwirklichkeit _____
- 2.12 Kontrollverlust _____
- 2.13 Sterben _____
- 2.14 Trockener Mund _____

3. Anstiegsdauer: _____

4. Situationen: _____

5. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterium DSM 5:

Aktuell: Früher:

Ja Nein

PANIKSTÖRUNG

A 1.1 Unerwartet? Ja Nein

A 1.2 Früher? Ja Nein

2. Häufigkeit?

a) Pro Tag _____

b) Pro Woche _____

B 3.1 a) Sorgen? Ja Nein

b) Bedeutung? Ja Nein

c) Verhalten? Ja Nein

B 3.2 Min. 4 Wochen? Ja Nein

D 4. Bestimmte Situationen: _____

5. Alter: _____

C 6.1 Organ. Ursachen? Ja Nein

C 6.2 Medi./Drogen? Ja Nein

7. Auslöser 1. Anfall? Ja Nein

8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

8.2 Leidensdruck: _____

9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

D: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F41.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

C: Ja Nein

B: Ja Nein

AGORAPHOBIE

A 1.1 Angst/Vermeidung? Ja Nein

B 1.2 Angst Panikanfall? Ja Nein

B 1.3 Angst vor Peinlichkeit? Ja Nein

A 1.4 Früher Angst/Verm.? Ja Nein

B 1.5 Früher Panikanfall? Ja Nein

B 1.6 Früher Peinlichkeit? Ja Nein

D 2.1 Begleitperson? Ja Nein

2.2 Wer? _____

A,D 3. Symptomeinschätzung (0-3):

	<u>Angst</u>	<u>Vermeidung</u>	<u>Mit Bezugsperson</u>
A,D 3.1 Auto mitfahren	_____	_____	_____
A,D 3.2 Flugzeug	_____	_____	_____
A,D 3.3 Öffentl. Verkehrsmittel	_____	_____	_____
A,D 3.4 offene Plätze	_____	_____	_____
A,D 3.5 Brücken	_____	_____	_____
A,D 3.6 Kino, Theater	_____	_____	_____
A,D 3.7 Fahrstühle	_____	_____	_____
A,D 3.8 Kaufhäuser	_____	_____	_____
A,D 3.9 Geschäfte	_____	_____	_____
A,D 3.10 Räume, Tunnel	_____	_____	_____
A,D 3.11 Restaurants	_____	_____	_____
A,D 3.12 Spielplätze, Menschenmengen	_____	_____	_____
A,D 3.13 Schlange stehen	_____	_____	_____
A,D 3.14 Weg von Zuhause	_____	_____	_____
A,D 3.15 Zu Fuß gehen	_____	_____	_____
A,D 3.16 Sonstiges	_____	_____	_____

C 4. Angst fast jedes Mal? Ja Nein

E 5. Mehr als notwendig? Ja Nein

F 6.1 Alter: _____

F 6.2 Min. 6 Monate? Ja Nein

6.3 Nach Panikanfall? Ja Nein

H 7.1 Organ. Ursache? Ja Nein

H 7.2 Medi./Drogen? Ja Nein

H 7.3 Stärker? Ja Nein

G 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

G 8.2 Leidensdruck: _____

9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

10. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein F: Ja Nein

B: Ja Nein G: Ja Nein

C: Ja Nein H: Ja Nein

D: Ja Nein I: Ja Nein

E: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F40.0):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein D: Ja Nein

B: Ja Nein E: Ja Nein

C: Ja Nein

ZWANGSSTÖRUNG

A1. Zwangsgedanken

A1 1.1 Obsessionen? Ja Nein

A1 1.2 Belastend? Ja Nein

A1 1.3 Aufdringlich? Ja Nein

A1 1.4 Wiederkehrend? Ja Nein

A1 1.5 Mühe zu vertreiben? Ja Nein

A1 1.6 Ängstlich/ unwohl? Ja Nein

A1 1.7 Früher Obsessionen? Ja Nein

A1 1.8 Früher belastend? Ja Nein

A1 1.9 Früher aufdringlich? Ja Nein

A1 1.10 Früher wiederk.? Ja Nein

A1 1.11 Früher Mühe vertr.? Ja Nein

A1 1.12 Früher ängstlich? Ja Nein

Gedanke, Vorstellung, Impuls:

A1 2.1 Zweifel? Ja Nein

A1 2.2 Verunreinigung? Ja Nein

A1 2.3 Sinnlose Gedanken? Ja Nein

A1 2.4 Sinnlose Impulse? Ja Nein

A1 2.5 Aggressive Impulse? Ja Nein

A1 2.6 Verletzung? Ja Nein

A1 2.7 Sexuelle Impulse? Ja Nein

A1 2.8 Religiöse Impulse? Ja Nein

A1 2.9 Sonstige? Ja Nein

3.1 Wahrheitsgehalt (0-3): _____

3.2 Überzeugung (0-3): _____

A1 4.1 Unterdrückung
(Gedanken)? Ja Nein

A1 4.2 Unterdrückung
(Verhalten)? Ja Nein

4.3 Vermeidung
(Situationen)? Ja Nein

4.4 Vermeidung
(Dinge)? Ja Nein

B 5. Zeitaufwand > 1 Std.? Ja Nei

B 6.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

B 6.2 Leidensdruck: _____

7. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

8. Früher? Ja Nein

A2. Zwangshandlungen

A2 1.1 Zwangshandlungen? Ja Nein

A2 1.2 Früher? Ja Nein

Inhalt (Handlung):

A2 2.1 Zählen? Ja Nein

A2 2.2 Kontrollieren? Ja Nein

A2 2.3 Waschen? Ja Nein

A2 2.4 Sammeln? Ja Nein

A2 2.5 Berühren? Ja Nein

A2 2.6 Internes Wiederhol.? Ja Nein

A2 2.7 Externes Wiederhol.? Ja Nein

A2 2.8 Festhalten Regeln? Ja Nein

A2 2.9 Sonstiges? Ja Nein

3.1 Nachfragen? Ja Nein

A2 3.2 Angstreduktion? Ja Nein

4.1 Widerstand? Ja Nein

4.2 Vermeidung (Sit.)? Ja Nein

4.3 Vermeidung (Dinge)? Ja Nein

4.4 Verm. durch Hilfe? Ja Nein

5. Angst bei Reaktionsverhinderung (0-3): _____

6. Befürchtungen: _____

B 7. Zeitaufwand > 1 Std.? Ja Nein

B 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

B 8.2 Leidensdruck: _____

9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

10. Früher? Ja Nein

11. Alter: _____

12. Auslöser? Ja Nein

C 13.1 Organ. Ursache? Ja Nein

C 13.2 Medi./Drogen? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

A1:

- (1) Ja Nein
- (2) Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein

A2:

- (1) Ja Nein
- (2) Ja Nein
- D: Ja Nein

Gute Einsicht:

Wenig Einsicht:

Fehlende Einsicht/Wahnhaftige Überzeugungen:

Ticbezogen: Ja Nein

Diagnosekriterien ICD-10 (F42):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein

- C: Ja Nein
- D: Ja Nein

TRAUMASCREENING

- 1.1 Überfall, Bedrohung Ja Nein
- 1.2 Ernsthafte Körperverletzung Ja Nein
- 1.3 Schwere Unfall Ja Nein
- 1.4 Naturkatastrophe Ja Nein
- 1.5 Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung Ja Nein
- 1.6 Schwere Verletzung? Ja Nein
- 1.7 Anderes Ja Nein

1.8 Alter 1.Ereignis _____
weiteres Ereignis _____
letztes Ereignis _____

1.9 Schlimmstes Ereignis? _____

1.10 Verletzung, Tod, sex. Gewalt? Ja Nein

1.11 Selbst erlebt? _____

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

B,F 2 Wiedererleben (0-3):

	Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
B,F 2.1 (1) Bilder/Gedanken	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Nachspielen	_____	_____	_____	_____	_____
B,F 2.2 (1) Träume	_____	_____	_____	_____	_____

	(2) Angstträume	_____	_____	_____	_____	_____
B,F	2.3 Neuinszenierung	_____	_____	_____	_____	_____
B,F	2.4 Unwohlsein	_____	_____	_____	_____	_____
B,F	2.5 Körperreaktion	_____	_____	_____	_____	_____
	2.6 Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
	2.7 Wann aufgehört?	_____				
C,F	3 Vermeidung (0-3):					
		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
C,F	3.1 Gedanken, Gefühle	_____	_____	_____	_____	_____
C,F	3.2 Orte, Gespräche Handlungen	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4. Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition:					
		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
D,F	4.1 Erinnerungen	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.2 Neg. Gedanken (selbst, andere Welt)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.3 Neg. Gedanken (Ursache, Folgen)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.4 Neg. Gefühle (Angst, Schuld)?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.5 Weniger Interesse?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.6 Losgelöst, fremd?	_____	_____	_____	_____	_____
D,F	4.7 Kaum pos. Gefühle?	_____	_____	_____	_____	_____
	4.8 Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
	4.9 Wann aufgehört?	_____				
E,F	5. Erhöhte Erregung (0-3):					
		Häufigkeit/ Schweregr.	innerhalb 6 6 Monate	nach 6 Monaten	weniger als 1 Monat	länger als 1 Monat
E,F	5.1 Gereiztheit, Wut	_____	_____	_____	_____	_____
E,F	5.2 Gefahr	_____	_____	_____	_____	_____
E,F	5.3 Wachsamkeit	_____	_____	_____	_____	_____
E,F	5.4 Schreckhaftigkeit	_____	_____	_____	_____	_____
E,F	5.5 Konzentration	_____	_____	_____	_____	_____
E,F	5.6 Schlafprobleme	_____	_____	_____	_____	_____
	5.7 Noch bestehend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
	5.8 Wann aufgehört?	_____				
H	6.1 Organ. Ursache?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
H	6.2 Medi./Drogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			
G	7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:					
	a) Zu Hause:	_____				
	b) Schule/KiGa:	_____				
	c) Freizeit:	_____				
	d) Mit Freunden:	_____				

- G 7.2 Leidensdruck: _____
8. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

- Mit dissoziativen Symptomen:
- Depersonalisation:
- Derealisation:
- Mit verzögertem Beginn:

Diagnosekriterien ICD-10 (F43.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

ENURESIS/ENKOPRESIS

- A 1.1 Nässt/kotet ein? Ja Nein
- A 1.2 Früher? _____
2. Klein, groß, beides: _____
- C 3.1 Alter: _____
- C 3.2 Bereits 4 Jahre alt? Ja Nein
- C 3.3 Bereits 5 Jahr alt? Ja Nein
- 4.1 Symptomfreie Zeit? Ja Nein
- 4.2 Alter: _____
- 4.3 Wie lange? _____
- D 5. Gründe? Ja Nein
6. a) Mit Obstipation und Überlaufinkontinenz? Ja Nein
- b) Ohne Obstipation und Überlaufinkontinenz? Ja Nein
- c) Schmerzen wenn groß? Ja Nein
- B 7 Häufigkeit (Enkopresis):
- a) Min. 1x/Monat/ 3 Monate? Ja Nein
- b) Min. 1x/ Monat/ 6 Monate? Ja Nein

8. a) Nocturna? Ja Nein
 b) Diurna? Ja Nein
 c) Nocturna u. Diurna? Ja Nein
- B 9. Häufigkeit (Enuresis):
 a) Min. 1x/ Monat/ 3 Monate? Ja Nein
 b) Min. 2x/ Monat/ 3 Monate? Ja Nein
 c) Min. 2x/ Woche/ 3Monate? Ja Nein
- B 10.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- B 10.2 Leidensdruck: _____
11. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
 12. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:**Enuresis:**Aktuell: Früher: A: Ja NeinC: Ja NeinB: Ja NeinD: Ja NeinEnuresis Nocturna: Enuresis Diurna: Enuresis Nocturna und Diurna: **Enkopresis:**Aktuell: Früher: A: Ja NeinC: Ja NeinB: Ja Nein D: Ja NeinMit Verstopfung und Überlaufinkontinenz: Ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz: **Diagnosekriterien ICD-10:****Enuresis (F98.0):**Aktuell: Früher: A: Ja NeinD: Ja NeinB: Ja NeinE: Ja NeinC: Ja NeinEnuresis Nocturna: Enuresis Diurna: Enuresis Nocturna und Diurna:

Enkopresis (F98.1):

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein

D: Ja Nein

B: Ja Nein

E: Ja Nein

C: Ja Nein

MAJOR DEPRESSION

A 1.1 Depressive Stimmung? Ja Nein

A 1.2 Gereiztheit? Ja Nein

A 1.3 Interessenverlust? Ja Nein

A 1.4 Früher Stimmung? Ja Nein

A 1.5 Früher Gereiztheit? Ja Nein

A 1.6 Früher interesselos? Ja Nein

2. Alter: _____

A 3. Mehrmals so gefühlt? Ja Nein

+

Stimmung

-



Verlauf

Erste Phase von _____ bis _____

Schwerste Phase von _____ bis _____

Weitere Phasen: von _____ bis _____

von _____ bis _____

A 4. Symptomeinschätzung (0-3):

aktuell	schwerste	Mehrzahl der Tage
letzte		

A 4.1 Appetitverlust _____

Appetitzunahme _____

Gewichtszunahme _____

Gewichtsabnahme _____

		Wachsen	_____	_____	_____
A	4.2	Schlaflosigkeit	_____	_____	_____
		Vermehrter Schlaf	_____	_____	_____
A	4.3	Psychomot. Unruhe	_____	_____	_____
		Verlangsamung	_____	_____	_____
A	4.4	Müdigkeit	_____	_____	_____
A	4.5	Selbstwert	_____	_____	_____
		Schuldgefühle	_____	_____	_____
A	4.6	Konzentration	_____	_____	_____
		Entscheidung	_____	_____	_____
A	4.7	Gedanken Tod	_____	_____	_____
		Suizidplan	_____	_____	_____
		Suizidversuch	_____	_____	_____
B,C	5.1	Hochstimmung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

B,C	5.2	Abwechselnd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

B	6.1	Psychot. Symptome?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

B	6.2	Nur zu dieser Zeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	
D	7.1	Organ. Ursache?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

D	7.2	Medi./Drogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

	8.1	Todesfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	
	8.2	Auslöser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

C	9.1	Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:			
	a)	Zu Hause:	_____		
	b)	Schule/KiGa:	_____		
	c)	Freizeit:	_____		
	d)	Mit Freunden:	_____		
C	9.2	Leidensdruck:	_____		
	10.	Wunsch nach Hilfe?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	
	11.	Früher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	

Diagnosekriterien DSM- 5:

Major Depression:

Aktuell: Früher:

A:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	D:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
B:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein	E:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein
C:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein			

		Einzelne Episode	Rezidivierend
Teilremittiert:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollremittiert:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Nicht näher bezeichnet:
- Leichtgradig:
- Mittelgradig:
- Schwergradig:
- Mit Psychotischen Merkmalen:
- Mit Angst:
- Mit Gemischten Merkmalen:
- Mit Melancholischen Merkmalen:
- Mit Atypischen Merkmalen:
- Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Katatonie
- Mit Saisonalem Muster

Diagnosekriterien ICD-10:**Depressive Episode (F32):**Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

Leichte depressive Episode (F32.0):Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein B: Ja Nein

Mittelgradige depressive Episode (F32.1):Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2):Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3):Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

Rezidivierende depressive Störung (F33):Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)

A 1.1 1 Jahr traurig? Ja Nein

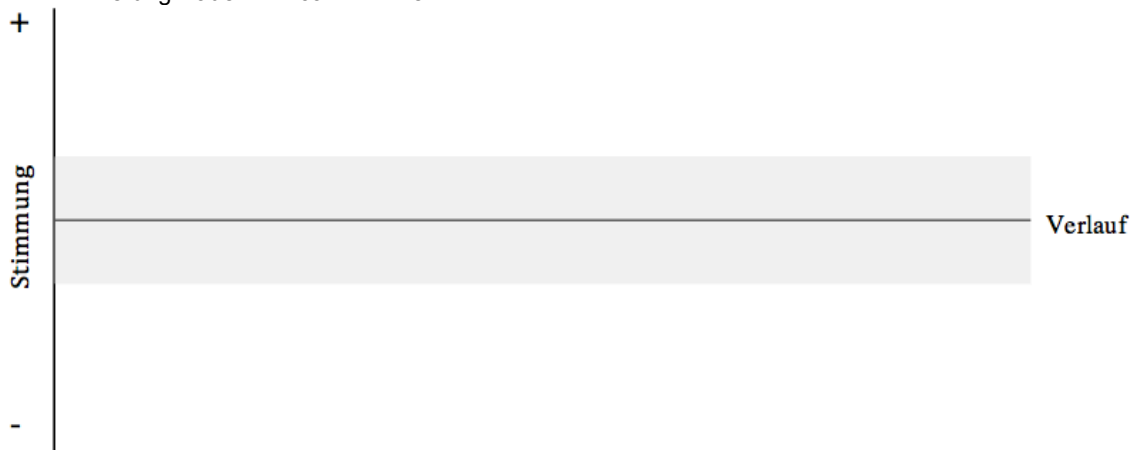
A 1.2 1 Jahr gereizt? Ja Nein

A 1.3 Früher 1 Jahr traurig? Ja Nein

A 1.4 Früher 1 Jahr gereizt? Ja Nein

2. Alter: _____

A 3. Erinnerung Dauer? Ja Nein



Erste Phase von _____ bis _____
 Schwerste Phase von _____ bis _____
 Weitere Phasen: von _____ bis _____
 von _____ bis _____

C 4.1 Symptomfrei? Ja Nein

C 4.2 a) < 2 Monate _____
 b) ≥ 2 Monate _____

B 5. Symptomeinschätzung (0-3):
 Mehrzahl der Tage

B 5.1 Appetitverlust _____
 Appetitzunahme _____

B 5.2 Schlaflosigkeit _____
 Vermehrter Schlaf _____

B 5.3 Müdigkeit _____

B 5.4 Selbstwert _____

B 5.5 Konzentration _____
 Entscheidung _____

B 5.6 Hoffnungslosigkeit _____

5.7 Weinen _____

5.8 Alltag bewältigen _____

5.9 Soziale Aktivitäten _____

5.10 Gespräche _____

5.11 Interesse _____

E 6. Hochstimmung? Ja Nein

F 7.1 Psychot. Symptome? Ja Nein

F 7.2 Nur zu dieser Zeit? Ja Nein

G 8. Auslöser/ Ereignisse:

8.1 Todesfall? Ja Nein

8.2 Unfall? Ja Nein

G 8.3 Krankheit? Ja Nein

G 8.4 Medi.? Ja Nein

G 8.5 Drogen? Ja Nein

8.6 Probleme? Ja Nein

H 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:

a) Zu Hause: _____

b) Schule/KiGa: _____

c) Freizeit: _____

d) Mit Freunden: _____

H 9.2 Leidensdruck: _____

10. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein

11. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Mit Angst
- Mit Gemischten Merkmalen
- Mit Melancholischen Merkmalen
- Mit Atypischen Merkmalen
- Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen
- Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen
- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Früher Beginn
- Später Beginn
- Mit Reinem Dysthymen Syndrom
- Mit Persistierender Episode einer Major Depression
- Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit Aktueller Episode
- Mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne Aktuelle Episode

- Leicht
- Mittel
- Schwer

Diagnosekriterien ICD-10 (F43.1):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein

DISRUPTIVE AFFEKTREGULATIONSSTÖRUNG

- A,B 1.1 Wutausbrüche? Ja Nein
- A,B 1.2 Stärker und öfter? Ja Nein
-
- A,B 1.3 Früher Wutausbrüche? Ja Nein
- A,B 1.4 Früher stärker und öfter? Ja Nein
- C 2. mind. 3x pro Woche? Ja Nein
-
- E 3. Seit wann? _____
- E 3.1 Länger als 12 Monate? Ja Nein
- E 3.2 Phase ohne Ausbrüche? Ja Nein
- E 3.3 länger als 3 Monate? Ja Nein
- D 4. Stimmung zwischen Ausbrüchen?
-
- D 4.1 Gereiztheit? Ja Nein
- D 4.2 Wut? Ja Nein
- F 5. Welche Situationen? _____
- F 5.1 zu Hause? Ja Nein
- F 5.2 Schule? Ja Nein
- F 5.3 mit Gleichaltrigen? Ja Nein
- H 6.1 Alter: _____
- H 6.2 vor 10. Lebensjahr? Ja Nein
- I 7. Evtl. Manie? Ja Nein
- J 8. Evtl. Depression? Ja Nein
- K 9. Auslöser? Ja Nein
-
- K 10. Organ. Ursache? Ja Nein
- F 11.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____

- d) Mit Freunden: _____
- F 11.2 Leidensdruck: _____
12. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
13. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | G: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | H: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | I: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | J: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | K: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | | | |

SUIZIDSCREENING

- 1.1 Gedanken an Tod? Ja Nein
- _____
- 1.2 Gedanken Leben nehmen? Ja Nein
- _____
- A 1.3 Suizidversuche?
- Einmal: Ja Nein
- Mehrfach: Ja Nein
- Anzahl Versuche _____
- _____
- 2 Auf welche Weise? _____
- 3 Absicht zu Sterben? Ja Nein
- _____
- 4 Schwierig zu finden/ retten? Ja Nein
- _____
- A 5. Innerhalb 2 Jahre? Ja Nein
6. Auslöser? Ja Nein
- _____
- D 7. Psychotische Symptome? Ja Nein
- _____
- E 8. Politische Gründe? Ja Nein
- Religiöse Gründe? Ja Nein
9. Häufigkeit Suizidgedanken? _____
10. Suizidplan? Ja Nein
- Wie? _____

11. Vorbereitungen? Ja Nein

Vorgeschlagene Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

A: Ja Nein D: Ja Nein
 B: Ja Nein E: Ja Nein
 C: Ja Nein

Aktuell

Frühemittiert

**SCHLAF-WACH-STÖRUNGEN
NICHT-ORGANISCHE SCHLAFSTÖRUNGEN**

1.1 Schlafstörungen? Ja Nein
 1.2 Früher? Ja Nein
 2. Wo schlafen? _____
 3. Regelmäßigkeit? Ja Nein
 4. Schlafdauer _____
 5. Zeitverschiebung? Ja Nein
 6. Beschäftigung: _____
 7.1 Ritual? Ja Nein

 7.2 Ohne Ritual? Ja Nein

INSOMNIE

A 1.1 Ein-/Durchschlafen? Ja Nein

 A 1.2 Früher
 Ein-/Durchschlafen? Ja Nein

 2. Alter: _____
 D 3.1 Min. 3 Monate? Ja Nein
 D 3.2 Häufigkeit _____
 C 3.3 Min. 3 x/Woche? Ja Nein
 E 3.4 Schlafmöglichkeiten? Ja Nein

 4.1 Zeit Einschlafen? Ja Nein

- 4.2 Wie oft pro Woche? Ja Nein
-
- 5.1 Anzahl Erwachen? Ja Nein
-
- 5.2 Wachphasen? Ja Nein
-
- C 5.3 Wie oft pro Woche? Ja Nein
-
- D 6.1 Ein-/ Durchschlafprobleme:
 a) Traurigkeit? Ja Nein
 b) Ärger? Ja Nein
 c) Interesseverlust? Ja Nein
 d) Angst/ Sorge? Ja Nein
- F 6.2 Weitere Probleme? Ja Nein
-
7. Auslöser? Ja Nein
-
- H 8.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- G 8.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- B 9.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- B 9.2 Leidensdruck: _____
10. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
11. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | |
|--|--|
| A: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | E: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| B: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | F: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| C: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | G: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| D: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | H: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

- Mit einer Nichtschlafbezogenen Psychischen Störung
- Mit einem Anderen Medizinischen Krankheitsfaktor
- Mit einer Anderen Schlafstörung
- Episodisch
- Andauernd
- Rezidivierend

Diagnosekriterien ICD-10 (F51.0):Aktuell: Früher:

A: Ja Nein C: Ja Nein
 B: Ja Nein D: Ja Nein

HYPERSOMNIE

- A 1.1 Hypersomnie? Ja Nein
-
- A 1.2 Früher? Ja Nein
-
- A 2. Mehrmals täglich? Ja Nein
 A 2.1 > 9 Stunden? Ja Nein
 A 2.2 Schwierigkeit Erwachen? Ja Nein
 A 2.3 Alter: _____
- B 3.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein
-
- B 3.2 Min. 3 Monate? Ja Nein
 B 3.3 Min. 3 Tage/ Woche? Ja Nein
- F 4. Schläfrigkeit:
 a) Traurigkeit? Ja Nein
 b) Ärger? Ja Nein
 c) Interessenverlust? Ja Nein
5. Auslöser? Ja Nein
-
- F 6.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- E 6.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- D 6.3 Weitere Probleme? Ja Nein
-
- C 7.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 a) Zu Hause: _____
 b) Schule/KiGa: _____
 c) Freizeit: _____
 d) Mit Freunden: _____
- C 7.2 Leidensdruck: _____
8. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
9. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM-5:

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | E: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | F: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

- Mit einer Psychischen Störung
- Mit einem medizinischen Krankheitsfaktor
- Mit einer Anderen Schlafstörung
- Akut
- Subakut
- Persistent
- Leicht
- Mittel
- Schwer

Diagnosekriterien ICD-10 (F51.1):

Aktuell: Früher:

- | | | | | | |
|----|-----------------------------|------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| A: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | C: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein | D: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

ALPTRAUMSTÖRUNG

- | | | | | |
|-------|-----|--------------------|-----------------------------|------|
| A | 1.1 | Alpträume? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| <hr/> | | | | |
| A | 1.2 | Früher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| <hr/> | | | | |
| A | 2.1 | Alter: | <hr/> | |
| | 2.2 | > 6 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 3. | Wie oft pro Nacht? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| <hr/> | | | | |
| A | 4. | Erinnern? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 5. | Häufigkeit: | | |
| | a) | < 1x/Woche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | b) | > 1x/Woche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | c) | jede Nacht? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | 6. | Dauer: | | |
| | a) | 1 Monat? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | b) | < 6 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| | c) | > 6 Monate? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| A | 7. | Eher morgens? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |
| B | 8. | Orientierung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein |

- E 9. Alpträume
- a) Traurigkeit? Ja Nein
 - b) Ärger? Ja Nein
 - c) Interessenverlust Ja Nein
 - d) Angst/ Sorge? Ja Nein
- 10.1 Auslöser? Ja Nein
-
- 10.2 Schlimmes Erlebnis? Ja Nein
-
- D 11.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- D 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein
-
- C 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____
- C 12.2 Leidensdruck: _____
13. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5 und ICD-10 (F51.5):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

- Während des Schlafbeginns:
- In Verbindung mit Nichtschlafstörungen:
- In Verbindung mit Anderen Medizinischen Erkrankungen:
- Verbunden mit Anderen Schlafstörungen:
- Akut:
- Subakut:
- Andauernd:
- Leicht:
- Mittel:
- Schwer:

ESSSTÖRUNGEN

- 1.1 Größe: _____ cm
- 1.2 Gewicht: _____ kg
- BMI: _____

Anorexie? Ja Nein

Übergewicht? Ja Nein

Adipositas? Ja Nein

ANOREXIA NERVOSA

A 1.1 BMI < 10. Perzentil? Ja Nein

A 1.2 Abgenommen? Ja Nein

A 1.3 Wie viel? _____ kg

A 1.4 Früher abgenommen? Ja Nein

A 1.5 Früher wie viel? _____ kg

2.1 Gewichtszunahme? Ja Nein

2.2 Gewicht halten? _____

2.3 Rat von anderen? Ja Nein

B 3.1 Angst zuzunehmen? Ja Nein

B 3.2 Angst zuzunehmen (0-3): _____

B 3.3 Gewichtsgrenze? Ja Nein

B 3.4 Nicht zunehmen? Ja Nein

C 3.5 Zu dick? Ja Nein

C 3.6 Wertlosigkeit? Ja Nein

3.7 Gesundheit schaden? Ja Nein

3.8 Geärgert? Ja Nein

4.1 Was und wie viel? _____

4.2 Denken an Essen? Ja Nein

4.3 Achten auf Essen? Ja Nein

4.4 Verbot von Nahrung? Ja Nein

4.5 Welche/Warum? _____

4.6 Achten auf Menge? Ja Nein

5.1 Diät Ja Nein

5.2 Fasten? Ja Nein

5.3 Sport Ja Nein

6.1 Essanfälle? Ja Nein

6.2 Abführmittel? Ja Nein

6.3 Erbrechen? Ja Nein

- 7.1 Regelblutung? Ja Nein
- 7.2 Ausgesetzt? Ja Nein
- 7.3 Mindestens 3 Mal? Ja Nein
- 7.4 Pille? Ja Nein

Geschichte:

- 8.1 Alter: _____
- 8.2 Stress? Ja Nein
- 8.3 Lebensereignisse: _____
- 8.4 Abnehmen? Ja Nein
- 9.1 Organ. Ursachen? Ja Nein
- 9.2 Medi./Drogen? Ja Nein
- 10.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
 - a) Zu Hause: _____
 - b) Schule/KiGa: _____
 - c) Freizeit: _____
 - d) Mit Freunden: _____
- 10.2 Leidensdruck: _____
- 11. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
- 12. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM5:

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein

- Restriktiver Typus:
- „Binge-Eating/Purging“-Typus:
- Teilremittiert
- Vollremittiert
- Leicht
- Mittel
- Schwer
- Extrem

Diagnosekriterien ICD-10 (F50.0):

Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein
- B: Ja Nein
- C: Ja Nein
- D: Ja Nein
- E: Ja Nein

BULIMIA NERVOSA

- A 1.1 Essanfälle? Ja Nein
-
- A 1.2 Kontrollverlust? Ja Nein
-
- A 1.3 Früher Essanfälle? Ja Nein
-
- A 1.4 Früher Kontrollverl.? Ja Nein
-
2. Was und wie viel?
-
-
- B 3.1 Erbrechen? Ja Nein
-
- B 3.2 Abführmittel? Ja Nein
-
- B 4.1 Fasten? Ja Nein
-
- B 4.2 Bewegung? Ja Nein
-
5. Was und wie viel?
-
-
- 6.1 Sorgen? Ja Nein
- D 6.2 Wertlosigkeit? Ja Nein
- 6.3 Geärgert? Ja Nein
- 6.4 Angst zuzunehmen (0-3):_ _____
- 7.1 Wie viel Essanfälle?
- a) Pro Tag _____
- b) Pro Woche _____
- C 7.2 1x/ Wo. über 3 Monate? Ja Nein
8. Geheimhaltung? Ja Nei
9. Auslöser:
- a) Streit? Ja Nein
- b) Schwierigkeiten? Ja Nein
- c) Langeweile ? Ja Nein
- d) Traurigkeit/ Ärger? Ja Nein
- e) Sonstiges? Ja Nein
-
10. Geschichte:
- 10.1 Alter: _____
- 10.2 Wo? _____
- 10.3 Mit wem? _____
- 10.4 Anfang: _____

- 10.5 Stress? Ja Nein
- 10.6 Lebensereignisse: _____
- 10.7 Diät? Ja Nein
- 10.8 Abnehmen? Ja Nein
- 10.9 Zunehmen? Ja Nein
- 10.10 Alter: _____
- 10.11 Welche? _____
- 11.1 Organ. Ursachen? Ja Nein
- 11.2 Medi./Drogen? Ja Nein
- 12.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- 12.2 Leidensdruck: _____
13. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
14. Früher? Ja Nein

Diagnosekriterien DSM 5:Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein D: Ja Nein
- B: Ja Nein E: Ja Nein
- C: Ja Nein

Teilremittiert Vollremittiert Leicht Mittel Schwer Extrem **Diagnosekriterien ICD-10 (F50.2):**Aktuell: Früher:

- A: Ja Nein C: Ja Nein
- B: Ja Nein D: Ja Nein

BINGE-EATING STÖRUNG

- B 1. Essanfälle:
- a) Schneller? Ja Nein
- b) Völlegefühl? Ja Nein
- c) Kein Hunger? Ja Nein
- d) Unangenehm? Ja Nein
- e) Schuldgefühle? Ja Nein
- D 2.1 Erinnerung Dauer? Ja Nein
-
- D 2.2 Min. 3 Monate? Ja Nein
- D 3.1 Erinnerung Häufigkeit? Ja Nein
-
- D 3.2 Min. 1x/Woche Ja Nein
4. Drang nach Essen suchen:
- a) Besser fühlen? Ja Nein
- b) Belohnung? Ja Nein
- 5 Essen verstecken? Ja Nein
- Geschichte:
- 6.1 Erster Essanfall Alter: _____
- 6.2 Wo? _____
- 6.3 Mit wem? _____
- 6.4 Wie angefangen? _____
- 6.5 Stress? Ja Nein
-
- 6.6 Lebensereignisse _____
- 6.7 Diät? Ja Nein
-
- 6.8 Abnehmen? Ja Nein
-
- 7.1 Organ. Ursache? Ja Nein
-
- 7.2 Medi./Drogen Ja Nein
-
- C 8.1 Einschätzung (0-3): Beeinträchtigung:
- a) Zu Hause: _____
- b) Schule/KiGa: _____
- c) Freizeit: _____
- d) Mit Freunden: _____
- C 8.2 Leidensdruck: _____
9. Wunsch nach Hilfe? Ja Nein
10. Früher? Ja Nein

- 3.2 Alter: _____
- 3.3 Mehrmals? Ja Nein
- 3.4 Häufigkeit:
- a) Jeden Tag? Ja Nein
 - b) Fast jeden Tag? Ja Nein
 - c) 3 bis 4x pro Woche? Ja Nein
 - d) 1 bis 2x pro Woche? Ja Nein
 - e) 1 bis 3x im Monat? Ja Nein
 - f) Weniger 1x im Monat? Ja Nein

3.5 Wie viel? _____

- 4.1 Drogen/Medikamente? Ja Nein
- 4.2 Was?
- a) Ecstasy? Ja Nein
 - b) Speed? Ja Nein
 - c) Kokain? Ja Nein
 - d) Heroin? Ja Nein
 - e) Sonstiges? Ja Nein

Substanz 1: Substanz 2: Substanz 3 Substanz 4:

- 4.3 Alter: _____
- 4.4 Wie oft?
- | | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------|----|------|----|------|----|------|
| a) Einmal? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| b) 2 bis 4x? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| c) 5x oder mehr? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
- 4.5 Häufigkeit:
- | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|----|------|----|------|----|-------------------------------|
| a) Jeden Tag? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| b) Fast jeden Tag? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| c) 3 bis 4x pro Woche? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| d) 1 bis 2x pro Woche? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| e) 1 bis 3x im Monat? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein <input type="checkbox"/> |
| f) Weniger 1x im Monat? | Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
- 4.6 Wie viel? _____

NICHT-ORGANISCHE PSYCHOSE (Screening)

1. Ungewöhnliche Erfahrungen:
- a) Dinge sehen oder Hören? Ja Nein
 - b) Stimmen hören? Ja Nein
 - c) Erscheinungen? Ja Nein
 - d) Geschehnisse? Ja Nein
 - e) Sprechweise? Ja Nein
 - f) Wann? _____

VERGANGENE PSYCHIATRISCHE GESCHICHTE

1. Behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein

Wann?	Welche Einrichtung?	Problem, Behandlung, Medikation

FAMILIENGESCHICHTE PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- 1.1 Mutter: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 1.2 Mutter: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein
- 2.1 Vater: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 2.2 Vater: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein
- 3.1 Jemand anders aus Familie: behandelt oder in Klinik eingewiesen? Ja Nein
- 3.2 Jemand anders aus Familie: Probleme, suchte aber keine Hilfe? Ja Nein

Verwandtschaftsgrad	Daten	Beschreibung des Problems	Behandlung

MEDIKATION

1. Gegenwärtiger Gebrauch von Medikamenten? Ja Nein

Gegenwärtiger Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Seit wann eingenommen?

2. Früherer Gebrauch von Medikamenten? Ja Nein

Früherer Gebrauch

Art	Dosis	Von wem verschrieben?	Dauer der Einnahme

3. Probleme mit Medikamenten? Ja Nein

ZUSAMMENFASSUNG

Hauptproblem/ Hauptveränderung:

Andere Probleme:

GEISTIGER ZUSTAND/INTELLIGENZ

INTERVIEWVERHALTEN

NOTIZEN

Hier können Anmerkungen, Besonderheiten des Patienten oder diagnostisch ungeklärte Fragen vermerkt werden:

KLINISCHE EINSCHÄTZUNGEN UND DIAGNOSEN

Es können mehrere Primär- und auch Zusatzdiagnosen gegeben werden. Dies hängt allein von Ihrer klinischen Einschätzung des Patienten ab. Schätzen Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala von 0-8 ein:

abwesend	leicht	mäßig	ausgeprägt	schwer
0	1	2	3	4
5	6	7	8	
keine Störung	leicht störend/ nicht wirk- lich behindernd	deutlich störend/ mäßig behindernd	stark störend/ stark behindernd	sehr stark störend/ sehr stark behindern

DSM-5-DIAGNOSE

<u>Primäre Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>	<u>Zusätzliche Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<u>Frühere Diagnose</u>	<u>Schweregrad</u>
_____	_____

Zeit: Beginn _____
Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____
Ende _____

ZUSAMMENGESETZTE DIAGNOSE (aus Kinder- und Elternversion)

DSM-5-DIAGNOSE

Primäre
Diagnose

Schweregrad

Zusätzliche
Diagnose

Schweregrad

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____
Ende _____

ICD-10-DIAGNOSE

Frühere Diagnose

Schweregrad

Zeit: Beginn _____
Ende _____

Beurteilen Sie die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100:

Falls die Einschätzung unter 70 liegt, bitte kommentieren:

