

Jürgen Margraf und Jan Christopher Cwik

Mini-DIPS Open Access

Jürgen Margraf
Jan Christopher Cwik

Mini-DIPS Open Access

Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen

2., überarbeitete Auflage



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

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

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

**Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen
(Mini-DIPS Open Access)**

Datum:

Interviewer / in:

Name:

Adresse:

Tel., privat Tel., berufl.:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Religion:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand: verheiratet seit

 frühere Ehen

 ledig

 feste Partnerschaft

 getrennt seit

 geschieden seit

 verwitwet seit

 sonstiges

Kinder:

| Alter | Geschlecht | zu Hause | wann ausgezogen |
|-------|------------|----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Schulabschluss / Ausbildung:

Patient / in:

Partner / in:

Beruf:

Patient / in:

Partner / in:

Beruflicher Status (wenn aktuell krankgeschrieben, dennoch fragen, welcher Status ansonsten):

- beschäftigt als,.....
- arbeitslos
- in Rente/Pension
- in Schule/Studium/Ausbildung
- Hausfrau
- sonstiges

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

Familie, Freunden, Bekannten:

Beruf / Schule:

Gesundheit:

Sexualität:

Gewalt:

Finanzielle Angelegenheiten:

Gesetzliche Angelegenheiten / Polizei:

Derzeitige Behandlung / Medikation:.....

.....

Frühere Behandlungen:.....

.....

Wenn ich Sie bitten würde, ein Problem zu benennen, das Ihrer Meinung nach das Hauptproblem ist, weshalb Sie heute hier sind, was würde Sie mir nennen?

.....

.....

.....

SCREENING: ANGSTSPEKTRUM

Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und möchte Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie diese aus Angst vermeiden:

PS: Gibt es Zeiten, in denen Sie ganz plötzlich einen Ansturm intensiver Angst oder Furcht oder das Gefühl eines drohenden Unglücks haben? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

[S. 6

AG: Gibt es Situationen, in denen Sie Angst haben oder die Sie vermeiden, aus der Befürchtung, Sie könnten sich panisch oder krank fühlen (z. B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen oder enge geschlossene Räume)? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

[S. 8

SAS: Fühlen Sie sich in sozialen Situationen oder Leistungssituationen ängstlich, weil Sie beobachtet oder beurteilt werden können (z. B. öffentliche Vorträge, Prüfungen oder Parties)? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

[S. 10

SP: Fürchten oder vermeiden Sie andere Dinge wie z. B. bestimmte Tiere, Höhen, Flugreisen oder den Anblick von Blut und Verletzungen? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

[S. 12

GAS: Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z. B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

[S. 14

Störungsbereiche, für die Angst oder Vermeidung berichtet werden, einzeln abklären.

**Falls alle Bereiche mit NEIN beantwortet werden, weiter zu SCREENING:
STIMMUNGSSPEKTRUM (S. 16)**

Angst

Phobien: Agoraphobien, Soziale Angststörungen und Spezifische Phobien können sich hinsichtlich der phobischen Objekte oder Situationen **überlappen**.

Abgrenzung verschiedener Phobien:

1. Das **Muster der phobischen Reize** (siehe die nebenstehenden Beispiele).
2. Die **zentralen Befürchtungen** (Agoraphobie: Angst vor Angstanfall oder dessen Konsequenzen; Soziale Angststörung: Angst vor negativer Bewertung; Spezifische Phobie: Angst vor unmittelbar vom Objekt ausgehenden Gefahren.)

Panikstörung (F41.0)

Hauptmerkmal: Angstanfälle oder dauerhafte diesbezügliche Sorgen
Angstanfälle: plötzlich, „spontan“, intensiv, Körpersymptome, Gefahrengedühl
Typisch: „Angst vor der Angst“, befürchtet katastrophale Konsequenzen
Spontaneität: unerwartet, ohne erkennbare Ursache, nicht situationsgebunden
Zentrale Befürchtungen: v.a. Angstanfälle („Angst vor der Angst“) bzw. katastrophale Folgen (Spezifische Phobie: unmittelbare Angst vor vom Objekt oder der Situation ausgehender Gefahr; Soziale Angststörung: Blamage/negative Bewertung)

Für die Diagnose einer Panikstörung müssen v.a. folgende speziellen Kriterien erfüllt sein:

Spontaneität: mindestens manche Anfälle unerwartet
Symptome: mindestens vier der nebenan genannten Symptome
Zeitverlauf: Symptome wenigstens manchmal innerhalb weniger Minuten nach Anfallsbeginn vorhanden
Häufigkeit: wiederkehrende unerwartete Anfälle, die zu einer bedeutsamen Verhaltensänderung führen oder mindestens einen Monat lang von anhaltender Sorge über weitere Anfälle oder deren Konsequenzen begleitet sind
Abgrenzung: Allgemein können Panikattacken im Rahmen jeder anderen psychischen Störung auftreten.
Beispiele weiterer Abgrenzungen: **Spezifische Phobie:** wenn Angstanfälle nur bei bestimmten Reizen (z. B. Hundephobie), **Soziale Angststörung:** nur in sozialen Situationen, **Trennungsangststörung:** Trennung von einer wichtigen Person, **Posttraumatische Belastungsstörung:** Konfrontation mit einem Hinweisreiz auf ein traumatisches Ereignis.

| Panikstörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wiederkehrende unerwartete Panikattacken (plötzliche Angst/Unbehagen, Höhepunkt nach Minuten, 4 oder mehr Symptome) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 1 Panikattacke wird mind. 1 Monat gefolgt von: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Verhaltensänderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PANIKSTÖRUNG (PS)

Sie haben von ganz plötzlich auftretender intensiver Angst oder Furcht oder dem Gefühl eines drohenden Unglücks berichtet. In welchen Situationen tritt diese plötzliche unerwartete Angst auf?

Beschreiben: _____

Erreicht diese Angst üblicherweise ihren Höhepunkt innerhalb von Minuten?
 JA _____ NEIN _____

(Falls NEIN, weiter zu AGORAPHOBIE)

Erleben Sie üblicherweise während eines Angstanfalls...

- (1) ... Herzklopfen oder beschleunigten Herzschlag? _____
- (2) ... Schwitzen? _____
- (3) ... Zittern oder Beben? _____
- (4) ... ein Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot? _____
- (5) ... Erstickungs- oder Würgegefühle? _____
- (6) ... Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust? _____
- (7) ... Übelkeit oder Magen-Darmbeschwerden? _____
- (8) ... Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein? _____
- (9) ... ein Gefühl der Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen? _____
- (10) ... Angst, verrückt zu werden oder etwas Unkontrolliertes zu tun? _____
- (11) ... Angst zu sterben? _____
- (12) ... Taubheit oder Kribbelgefühle? _____
- (13) ... Hitzewallungen oder Kälteschauer? _____

(Falls weniger als 4 Symptome, weiter zu AGORAPHOBIE)

Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstanfall ganz intensiv ist? _____ Minuten
 (mind. 4 Symptome)

Wieviele Angstanfälle hatten Sie während des letzten Monats? ANZAHL: _____

Folgte auf einen der Angstanfälle mindestens ein Monat mit ...

- (1) ... anhaltender Besorgnis über das Auftreten weiterer Angstanfälle? JA _____ NEIN _____
- (2) ... Sorgen über die Bedeutung der Attacken oder ihrer Konsequenzen? JA _____ NEIN _____
- (3) ... Verhaltensänderungen, um weitere Angstanfälle zu vermeiden? JA _____ NEIN _____

Agoraphobie (F40.00)

Hauptmerkmal: Furcht/Vermeidung angstanfallsrelevanter Situationen
Beispiele: Autofahren, Kaufhäuser, Supermärkte, Fahrstühle, Menschenmengen, alleine das Haus verlassen, in einer Schlange stehen, öffentliche Verkehrsmittel, Flugzeuge, Kinos, Theater
Dauer: mind. 6 Monate
Umfang: Ängste und Vermeidung in mindestens 2 der folgenden Bereiche: Verkehrsmittel, Öffentliche Plätze, Geschlossene Räume, Menschenmengen, draußen alleine sein
Möglich: Angstanfälle können völlig verschwinden, gefürchtete Situationen unter extremer Angst oder in Begleitung ertragbar
Überschneidung: Einzelne agoraphobische Situationen können auch im Rahmen einer Spezifischen Phobie oder Sozialen Angststörung vermieden werden, Agoraphobiker vermeiden jedoch mehr Situationen
Zentrale Befürchtungen: keine Hilfe bekommen können, wenn Panik auftritt oder beschämende Symptome (z. B. Durchfall) bekommen und die Situation nicht verlassen zu können

AGORAPHOBIE (AG)

Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Situationen vermeiden oder dass diese Ihnen Angst machen. Welche Situationen sind dies und was befürchten Sie, könnte Ihnen dort schlimmstenfalls passieren?

Beschreiben: _____

Erleben Sie die Angst jedesmal, wenn Sie in der gefürchteten Situation waren oder hätten kommen können? JA ___ NEIN ___

Macht es einen Unterschied, ob Sie in Begleitung sind? JA ___ NEIN ___

Was denken Sie, könnte mit Ihnen geschehen, wenn Sie in einer Situation festsitzen, die Sie üblicherweise vermeiden?

Beschreiben: _____

| Agoraphobie | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Angst vor/Sorge in mindestens 2 Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst/Vermeidung der Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst tritt (fast) immer auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermeidung/Anwesenheit anderer Personen/mit intensiver Angst ertragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst ist unangemessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Soziale Angststörung (F40.10)

- Hauptmerkmal:** Furcht/Vermeidung von möglichen Bewertungssituationen im weitesten Sinne
Beispiele: Versagen in Prüfungen, lächerlich machen bei Vortrag, Demütigung durch andere
Dauer: mind. 6 Monate
Typisch: ausgeprägte Erwartungsängste
Zentrale Befürchtungen: Blamage/negative Bewertung (Agoraphobie: v. a. Angstanfälle und keine Flucht möglich oder Flucht peinlich, Spezifische Phobie: unmittelbar vom Objekt oder der Situation ausgehende Gefahren)
Bestimme, ob: nur Auftritte betreffend (öffentliches Sprechen oder Darstellungen in der Öffentlichkeit)
Abgrenzung: **Taijin kyofusho:** Eine insbesondere in kollektivistischen Gesellschaften (z. B. Japan, Korea) auftretende Angst, sich so zu verhalten, dass man andere in Verlegenheit bringt.

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SAS)

Was befürchten Sie, könnte Ihnen schlimmstenfalls in Situationen passieren, in denen Sie mit anderen Menschen zusammentreffen?

Beschreiben: _____

Erleben Sie die Angst jedesmal, wenn Sie in der gefürchteten Situation waren oder hätten kommen können? JA ___ NEIN ___

Tritt die Angst sofort auf, wenn Sie (...) erleben oder sobald Sie wissen, dass Sie (...) erleben werden?
 SOFORT ___ VERZÖGERT ___

Vermeiden Sie solche Situationen oder können Sie sie nur unter intensiver Angst ertragen?
 JA ___ NEIN ___

| Soziale Angststörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Angst/Sorge in sozialen Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst demütigendes Verhalten/peinliches Verhalten/Angstsymptome zu zeigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst tritt (fast) immer auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Situationen werden vermieden oder ertragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst ist unangemessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Spezifische Phobie (F40.2x)

- Hauptmerkmal:** Furcht/Vermeidung spezifischer Objekte
- Beispiele:** Tiere (z. B. Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten), Höhen, enge Räume, Flugzeug und der Anblick von Blut, Verletzungen oder Spritzen
- Ausnahmen:** Angst vor Panikattacken (Panikstörung), Soziale Situationen (Soziale Angststörung)
- Dauer:** mind. 6 Monate
- Wichtig:** Beeinträchtigung/Leiden
- Möglich:** Ertragen unter extremer Angst
- Zentrale Befürchtungen:** direkt vom phobischen Objekt ausgehende Gefahren, wie z. B. Flugzeugabsturz, Hundebiss (Agoraphobie: v. a. Angstanfälle und keine Flucht möglich oder Flucht peinlich, Soziale Angststörung: negative Bewertung)
- Codierungen:** Tier-Typus: F40.218; Umwelt-Typus: F40.228; Blut-Spritzen-Verletzungstypus, Furcht vor Blut: F40.230; Blut-Spritzen-Verletzungstypus, Furcht vor Spritzen und Transfusionen: F40.231; Blut-Spritzen-Verletzungstypus, Furcht vor medizinischen Behandlungen: F40.232; Blut-Spritzen-Verletzungstypus, Furcht vor Verletzungen; F40.233; Situativer-Typus: F40.248; Anderer-Typus: F40.298

SPEZIFISCHE PHOBIE (SP)

Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Dinge fürchten oder vermeiden. Welche Dinge sind das?

Beschreiben: _____

Erleben Sie die Angst jedesmal, wenn Sie mit dem gefürchteten Objekt/der gefürchteten Situation ausgesetzt sind oder ausgesetzt werden könnten? JA ____ NEIN ____

Tritt die Angst sofort auf, wenn Sie (...) erleben oder sobald Sie wissen, dass Sie (...) erleben werden?
 SOFORT ____ VERZÖGERT ____

| Spezifische Phobie | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Angst/Sorge um spezifische Objekte/Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst tritt (fast) immer auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Phobisches Objekt/Situation wird vermieden/ertragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst ist unangemessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Generalisierte Angststörung (F41.1)

- Hauptmerkmal:** Dauerhafte oder exzessive Angst und Sorgen, die subjektiv schwer kontrollierbar erscheinen
- Dauer:** Mind. 6 Monate
- Umfang:** mindestens 2 Lebensbereiche (z. B. Arbeit, Finanzen, Ehe) betroffen (oder 1, wenn generell glüblerisch/häufige Sorgen)
- Symptome:** mindestens 3 der 6 nebenan genannten Symptome, davon mindestens 1 während des größeren Teils von 6 Monaten
- Wichtig:** Sorgen nicht wegen anderen Störungen (v. a. Major Depression, Panikstörung, Soziale Phobie, Zwangsstörung)

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG (GAS)

Sie hatten von übermäßigen Sorgen berichtet. Worum geht es bei diesen Sorgen?

Beschreiben: _____

Falls Sorgen in nur einem Bereich:

Sind Sie jemand, der sich oft oder auch über kleinere Dinge Sorgen macht? JA ___ NEIN ___

Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Sorgen zu kontrollieren? JA ___ NEIN ___

Leiden Sie oft unter folgenden Symptomen:

- (1) Ruhelosigkeit? _____
- (2) leichte Ermüdbarkeit? _____
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten wegen Sorgen/Angst? _____
- (4) Reizbarkeit _____
- (5) Ständige Anspannung? _____
- (6) Schlafstörungen? _____

| Generalisierte Angststörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Exzessive Angst und Sorge bezügl. mehrerer Ereignisse/Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten Sorgen zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst/Sorgen sind mit mind. 3 Symptomen verbunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: STIMMUNGSSPEKTRUM

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon mal Zeiten, in denen Sie...

ME: ... sich mindestens 1 Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?
Kommt das aktuell vor? JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 18

HME: ... sich mindestens 4 Tage lang sich über ihrem üblichen Niveau besonders hochgestimmt oder reizbar fühlten? Kommt das aktuell vor? JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 18

MD: ... sich mindestens 2 Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten? Kommt das aktuell vor? JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 20

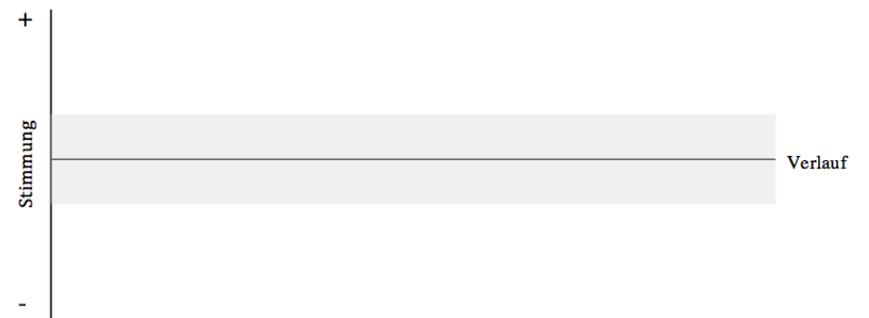
PDS: ... sich über einen langen Zeitraum (mindestens 2 Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten? Kommt das aktuell vor? JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 22

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: ZWANGSSPEKTRUM (S. 24)

Stimmungsverlaufskurve:

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



Manische/Hypomane Episode, Bipolare Störung I, Bipolare Störung II (F31.xx)

Hauptmerkmal: **Bipolare Störung I:** mindestens 1 manische Episode, aber auch hypomane und depressive Episoden möglich, **Bipolare Störung II:** mindestens 1 hypomane Episode und mindestens 1 Episode der Major Depression, zu keinem Zeitpunkt allerdings eine manische Episode.

Wichtig: Suizidalität und Geschäftsfähigkeit abklären

Verlauf: **Bipolar I Störung:** meist Beginn im 18. Lebensjahr mit manischer, hypomaner oder depressiver Episode, **Bipolar II Störung:** meist Beginn in den frühen 20er Lebensjahren und meist mit depressiver Episode

Zeitkriterium: Insgesamt häufig episodisch, typischerweise eher kurze, intensive Episoden
Bipolar I Störung: mindestens 1 Woche bestehende manische Episode, **Bipolar II Störung:** mindestens 4 Tage bestehende hypomane Episode

Abgrenzung: **Zyklothyme Störung:** 2 Jahre immer wieder hypomane Symptome und verschiedene depressive Symptome ohne jemals eine Major Depression zu erfüllen, **Schizophrenie-Spektrums- oder andere psychotische Störungen:** psychotische Symptomperioden treten in Abwesenheit von Stimmungssymptomen auf, Störungen durch **Substanzkonsum:** Zusammenhang zwischen Stimmungshochs und Substanzeinnahme, **Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung:** keine trennbaren Episoden der Symptome

Codierungen: **Bipolar-I-Störung, aktuelle oder letzte Episode manisch:** leichtgradig: F31.11; mittelgradig: F31.12; schwergradig: F31.13; mit psychotischen Merkmalen: F31.2; teilremittiert: F31.73; vollremittiert: F31.73; NNB: F31.9
Bipolar-I-Störung, aktuelle oder letzte Episode depressiv: leichtgradig: F31.31; mittelgradig: F31.32; schwergradig: F31.4; mit psychotischen Merkmalen: F31.5; teilremittiert: F31.75; vollremittiert: F31.76; NNB: F31.9
Bipolar-II-Störung: F31.81

MANISCHE/HYPOMANISCHE EPISODE (ME/HME)

Erlebten Sie während der Zeit, als Sie extrem hochgestimmt oder reizbar waren, Dinge wie...

... das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein? JA ___ NEIN ___

... das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen? JA ___ NEIN ___

... das Gefühl, gesprächiger als sonst zu sein? JA ___ NEIN ___

... das Gefühl, dass Sie voller neuer Ideen steckten? JA ___ NEIN ___

... leichte Ablenkbarkeit? JA ___ NEIN ___

... ungewöhnliche Aktivität oder Ruhelosigkeit? JA ___ NEIN ___

... für Sie unübliche sexuelle Aktivität, übertriebenes Einkaufen oder andere übermäßige Aktivitäten? JA ___ NEIN ___

Haben Sie in dieser Zeit sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert?

JA ___ NEIN ___

Wie lange dauerten diese Symptome an (Tage)? Dauer: _____

Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Ereignisse, die Ihr Befinden erklären könnten?

JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

| Manische Episode | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gehobene/reizbare Stimmung/zielgerichtete Aktivität oder Energie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 3 Symptome, signifikante Veränderung des gewöhnlichen Verhaltens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 1 Woche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störung ausreichend schwer um Leiden oder Beeinträchtigungen zu verursachen | | |
| - klinisch-stationären Aufenthalt notwendig zu machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - oder psychotische Symptome | | |

| Hypomane Episode | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gehobene/reizbare Stimmung/zielgerichtete Aktivität oder Energie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 3 Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uncharakteristische Veränderung des Funktionsniveaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch andere beobachtbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 4 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störung ist nicht schwer genug um Leiden oder Beeinträchtigungen zu verursachen | | |
| - kein klinisch-stationären Aufenthalt notwendig, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - keine psychotischen Symptome | | |

Major Depression (F32.xx; F33.xx)

Hauptmerkmal: Depressive Stimmung oder massiver Interesseverlust (keine äußeren Ursachen oder deutlich übermäßige Reaktion)
Wichtig: Suizidalität abklären
Verlauf: häufig episodisch, typischerweise eher kurze, intensive Episoden
Zeitkriterium: Symptome mindestens 2 Wochen nahezu jeden Tag für die meiste Zeit des Tages bei der PDS (längere aber weniger intensive) Phase depressiver Stimmung,
Abgrenzung: Interesseverlust und psychomotorische Hemmung keine eigenen Symptome, wohl aber Hoffnungslosigkeit und geringer Selbstwert
Codierungen: Einzelne Episode:
 leichtgradig: F32.0; mittelgradig: F32.1; schwergradig: F32.2; mit psychotischen Merkmalen: F32.3; teilremittiert: F32.4; vollremittiert: F32.5; NNB: F32.9
Rezidivierende Depression:
 leichtgradig: F33.0; mittelgradig: F33.1; schwergradig: F33.2; mit psychotischen Merkmalen: F33.3; teilremittiert: F33.41; vollremittiert: F33.42; NNB: F33.9

MAJOR DEPRESSION (MD)

Falls depressive Stimmung bzw. Interesseverlust:
 Welche der folgenden Beschwerden trafen während der Zeit, in der Sie sich traurig oder interesselos fühlten auf Sie zu?

- ... Hat sich Ihr Gewicht oder Ihr Appetit stark verändert? JA ___ NEIN ___
- ... Hat sich Ihr Schlaf geändert? JA ___ NEIN ___
- ... Waren Sie unfähig, still zu sitzen oder völlig verlangsamt? (Nur MD) JA ___ NEIN ___
- ... Waren Sie ständig müde oder hatten keine Energie? JA ___ NEIN ___
- ... Dachten Sie schlecht über sich oder fühlten sich schuldig? JA ___ NEIN ___
- ... Hatten Sie Probleme mit Entscheidungen oder der Konzentration? JA ___ NEIN ___
- ... Fühlten Sie sich hoffnungslos und sahen alles schwarz? JA ___ NEIN ___
- ... Dachten Sie an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun? JA ___ NEIN ___

Wie lange haben diese Symptome angehalten? Gab es Unterbrechungen?

Beschreiben: _____

Hat es mehrere solcher Phasen gegeben? JA ___ NEIN ___

Falls zusätzlich ME/HME, BIPOLARE STÖRUNG I/II

| Major Depression | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Mind. 5 Symptome, mind. entweder (1) depressive Stimmung oder (2) Verlust an Interesse/Freude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 2 Wochen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Persistierende Depressive Störung (F34.1)

- Hauptmerkmal:** lange depressive Verstimmung (keine oder unzureichende äußere Ursachen)
Wichtig: Suizidalität abklären
Verlauf: längere, aber nicht notwendigerweise intensive Phasen
Zeitkriterium: Symptome mindestens 2 Jahre, Mehrzahl aller Tage, maximal 2 Monate beschwerdefrei
Abgrenzung: bei der MD kürzere (aber intensivere) Phasen, Interesseverlust und psychomotorische Hemmung eigene Symptome, nicht aber Hoffnungslosigkeit

PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (PDS)

Gab es Phasen, in denen Sie sich nicht depressiv fühlten? JA____ NEIN____

Wie lange dauerte die längste Zeitspanne, in der Sie sich nicht depressiv oder interesselos fühlten?

Beschreiben: _____

Falls >2 Monate, REZIDIVIERENDE MAJOR DEPRESSION überprüfen

| Perstierende Depressive Störung | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Depressive Stimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 2 Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kein Aussetzen der Symptome für mehr als 2 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kriterien für Major Depression können 2 Jahre durchgehend bestehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 2 Jahre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: ZWANGSSPEKTRUM

*Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu immer wieder auftretenden Gedanken oder Handlungen stellen.
Gab es schon mal Zeiten, in denen Sie...*

ZG: ... unangenehme oder vielleicht auch unsinnige Gedanken, Impulse oder Vorstellungen bei sich beobachteten, die plötzlich oder immer wieder auftraten und die Angst auslösten oder Sie belasteten? Kommt das aktuell vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 26

ZH: ... einen Drang verspürt haben, Handlungen oder gedankliche Vorgänge zu wiederholen (z. B. beten, zählen, Wörter wiederholen) auszuführen? Kommt das aktuell vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 26

KDS: ... sich wiederholt mit einem oder mehreren Körperbereichen beschäftigt haben, da Sie diese als Mangel Ihres körperlichen Erscheinungsbildes wahrgenommen haben? Kommt das aktuell vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 28

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: TRAUMAFOLGESPEKTRUM (S. 30)

Zwangsgedanken (Ideen, Impulse) (F42)

- Hauptmerkmal:** anhaltend/wiederholt, aufdringlich, zumindest anfangs lästig, unsinnig oder persönlichkeitsfremd, Ignorierungsversuche, „neutralisierende“ Rituale
- Beispiele:** Gedanken eine geliebte Person zu verletzen oder zu töten, Blashphemien, Krankheiten
- Abgrenzung:** Grübeln bei MD (Stimmungskongruent, nicht intrusiv), Sorgen bei GAS (Sorgen des „Alltags“, z. B. Finanzen, Gesundheit, Partnerschaft)
- Zwangshandlungen:**
- Hauptmerkmal:** wiederholt, absichtlich, geregelt/stereotyp, ich-fremd, nicht lustvoll, (unrealistische) Katastrophenverhinderung, Reaktionsverhinderung bewirkt Angst/Unbehagen
- Häufigste Inhalte:** Säubern, Kontrollieren, Aggressionen
- Beispiele:** häufiges Händewaschen gegen Infektion, „gute“ Gedanken gegen Autounfall des Ehemannes, häufiges Kontrollieren des Herdes
- Verlauf:** längere, aber nicht notwendigerweise intensive Phasen
- Zeitaufwand:** bei Gedanken und Handlungen meist hoch (z. B. mindestens 1 Stunden/Tag)
- Wichtig:** Abgrenzung zu Psychosen
- Bestimme, ob:** Zusammenhang mit Tics, mit guter/angemessener Einsicht, wenig Einsicht oder ohne Einsicht/wahnhaften Überzeugungen

ZWANGSSTÖRUNG

Welchen Inhalt und Zweck haben diese Gedanken oder Handlungen?

Beschreiben: _____

Rufen diese Gedanken oder Handlungen ausgeprägte Angst oder großes Unwohlsein hervor?

JA ___ NEIN ___

(Falls NEIN, weiter zu KÖRPERDYSMORPHIE STÖRUNG)

Versuchen Sie etwas gegen diese Gedanken/Handlungen zu unternehmen? JA ___ NEIN ___

Falls JA, beschreiben:

Beschreiben: _____

| Zwangsstörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Zwangsgedanken: | | |
| - aufdringliche, ungewollte Gedanken/Impulse/Vorstellungen rufen Angst/Unbehagen hervor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Versuch Gedanken/Impulse/Bilder zu ignorieren/unterdrücken oder durch andere Gedanken zu neutralisieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwangshandlungen: | | |
| - Verhaltensweisen/mentale Handlungen, als Reaktion auf Zwangsgedanken/Regeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Verhalten/mentale Handlungen sollen Angst/Unbehagen/gefürchtete Situationen vorbeugen oder reduzieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitintensiv oder Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Körperdysmorphie Störung (F45.22)

- Hauptmerkmal:** Irgendwann wiederholte Verhaltensweisen oder Gedanken im Zusammenhang mit wahrgenommenem Mangel
- Beispiele:** Verhaltensweisen: Betrachten im Spiegel, exzessive Körperpflege, Rückmeldungen einholen, Skin Picking, Gedanken: mit anderen vergleichen
- Wichtig:** Beeinträchtigung/Leiden, ggf. wurden schon chirurgische Eingriffe in Betracht gezogen oder vorgenommen
- Bestimme, ob:** Muskeldysmorphie, mit guter/angemessener Einsicht, wenig Einsicht oder ohne Einsicht/wahnhaften Überzeugungen

KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG (KDS)

Welche Körperbereiche und Mängel im Erscheinungsbild sind das?

Beschreiben: _____

Wie beschäftigen Sie sich mit diesen Mängeln im Erscheinungsbild (z. B. vor anderen verstecken, Bestätigung suchen, häufig im Spiegel betrachten)?

Beschreiben: _____

Rufen diese Gedanken oder Handlungen ausgeprägte Angst oder großes Unwohlsein hervor?

JA ___ NEIN ___

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: TRAUMAFOLGESPEKTRUM (S. 30)

Versuchen Sie etwas gegen diese Gedanken/Handlungen zu unternehmen? JA ___ NEIN ___

Falls JA, beschreiben:

Beschreiben: _____

| Körperdysmorphie Störung | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Exzessive Beschäftigung mit Mängeln im Erscheinungsbild | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wiederholte Verhaltensweisen/mentale Vorgänge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: TRAUMAFOLGESPEKTRUM

Psychisches Trauma

- Trauma:** z. B. Vergewaltigung, andere Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen, Unfälle, Tod einer sehr nahestehenden Person, grausame Details (Ersthelfer an Unfallort)
- Konfrontation:** Direkte Konfrontation, beobachten, einer nahestehenden Person widerfahren (keine Anwesenheit erforderlich) oder über Medien konfrontiert (nur im Rahmen beruflicher Tätigkeiten)

Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt oder mit ansehen müssen, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z. B. eine Vergewaltigung, ein Unfall, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen?

JA ___ NEIN ___

Ist einer Ihnen nahestehenden Person ein extrem belastendes oder traumatisches Ereignis widerfahren oder ist sie auf eine grausame Art fast oder tatsächlich ums Leben gekommen?

JA ___ NEIN ___

Haben Sie mehrere solcher belastenden oder traumatischen Ereignisse erlebt?

JA ___ NEIN ___

Hat das belastende Ereignis innerhalb der letzten 4 Wochen stattgefunden?

Beschreiben: _____

Falls eines der Ereignisse innerhalb des letzten Monats stattgefunden hat, weiter zur Akuten Belastungsstörung, sonst weiter zur Posttraumatischen Belastungsstörung.

Wenn KEIN traumatisches Ereignis erlebt wurde, weiter zu SCREENING: SPEKTRUM PROBLEMATISCHEN ESSVERHALTENS (S. 36)

Akute Belastungsstörung (F43.0)

- Hauptmerkmal:** Spezifische Symptommuster als Folge eines massiven psychischen Traumas
- Symptommuster:** Furcht/Vermeidung traumarelevanter Reize, häufig/intensives intrusives Wiedererleben (Alpträume, Tagträume, Flashbacks), negative Gefühle und gleichzeitig erhöhte Erregung
Mindestens 9 von 14 Symptomen, begonnen oder verschlechtert nach dem letzten traumatischen Ereignis
- Beeinträchtigung:** Symptome müssen klinisch bedeutsames Leiden/Beeinträchtigung verursachen
- Verlauf:** Frühestens 3 Tage und höchstens 1 Monat nach Trauma vergeblich
- Wichtig:** Die Symptome können direkt nach dem Ereignis auftreten, müssen aber mindestens bis zum 3. Tag nach dem Ereignis anhalten

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

Wie fand die Konfrontation statt (Ihnen selbst widerfahren, Zeuge gewesen, einer nahestehenden Person widerfahren, indirekt, über Medien im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit)?

SELBST___ BEOBACHTET___ NAHESTEHENDER PERSON___ INDIREKT___

Wann hat das belastende Ereignis stattgefunden und worum handelte es sich?

Beschreiben: _____

Welche der folgenden Dinge treffen auf Sie zu?

Erleben Sie eine deutliche Belastung, wenn Sie an das Ereignis erinnert werden, träumen Sie davon oder haben Sie das Gefühl das Ereignis erneut zu durchleben?

JA___ NEIN___

Fühlen Sie sich anhaltend unfähig, positive Gefühle zu spüren?

JA___ NEIN___

Haben Sie Erinnerungslücken in Bezug auf das Ereignis oder manchmal das Gefühl einer veränderten Wahrnehmung der Umgebung oder von sich selbst?

JA___ NEIN___

Vermeiden Sie es, an das Ereignis erinnert zu werden?

JA___ NEIN___

Leiden Sie seit dem Ereignis unter Schlafproblemen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Wachsamkeit oder Schreckhaftigkeit?

JA___ NEIN___

Wann sind diese Beschwerden (nach dem Ereignis) aufgetreten? TAGE___

Falls KEIN weiteres Trauma, weiter zu SCREENING: SPEKTRUM PROBLEMATISCHEN ESSVERHALTENS (S. 36)

| Akute Belastungsstörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Erleben von Tod/Lebensbedrohung/ernsthafter Verletzung/sexueller Gewalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 9 Symptomen aus den 5 Kategorien: | | |
| Intrusionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negative Stimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dissoziative Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermeidungssymptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arousal Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: 3 Tage - 1 Monat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

- Hauptmerkmal:** Spezifische Symptommuster als Folge eines massiven psychischen Traumas
Trauma: z. B. Vergewaltigung, andere Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen, Unfälle
Konfrontation: Direkte Konfrontation, beobachten, einer nahestehenden Person widerfahren (keine Anwesenheit erforderlich) oder über Medien konfrontiert (nur im Rahmen beruflicher Tätigkeiten)
Symptommuster: Furcht/Vermeidung traumarelevanter Reize, häufigs/intensives intrusives Wiedererleben (Alpträume, Tagträume, Flashbacks), veränderte Gedanken und Gefühle und gleichzeitig erhöhte Erregung
Wiedererleben: mindestens 1 von 5 Symptomen
Vermeidung: mindestens 1 von 2 Symptomen
Anhaltende Übererregung: mindestens 2 von 6 Symptomen
Veränderungen in Gedanken und Gefühlen: mindestens 2 von 7 Symptomen
Beeinträchtigung: Symptome müssen klinisch bedeutsames Leiden/Beeinträchtigung verursachen
Verlauf: Frühestens 1 Monat nach Trauma vergeben, vorher ist bei vorliegender Symptomatik eine Akute Belastungsstörung in Betracht zu ziehen, eine Posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn liegt vor, wenn die Symptome frühestens 6 Monate nach dem Trauma auftreten
Dauer: Die Symptome müssen mindestens 1 Monat bestehen
Bestimme, ob: Für eine Posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen müssen zusätzlich Symptome der Derealisation (z. B. unbeteiligt am eigenen Erleben und Verhalten fühlen, wie in Watte gepackt fühlen) oder Depersonalisation (z. B. sich selbst von außerhalb des Körpers beobachten) vorliegen

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Wie fand die Konfrontation statt (Ihnen selbst widerfahren, Zeuge gewesen, einer nahestehenden Person widerfahren, indirekt, über Medien im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit)?

SELBST___ BEOBACHTET___ NAHESTEHENDER PERSON___ INDIREKT___

Wann hat das belastende Ereignis stattgefunden und worum handelte es sich?

Beschreiben: _____

Welche der folgenden Dinge treffen auf Sie zu?

Erleben Sie eine deutliche Belastung, wenn Sie an das Ereignis erinnert werden, träumen Sie davon oder haben Sie das Gefühl das Ereignis erneut zu durchleben? JA___ NEIN___

Vermeiden Sie es, an das Ereignis erinnert zu werden? JA___ NEIN___

Beobachten Sie bei sich durch das Ereignis vor allem negative Gefühle oder Gedanken, oder haben Sie Erinnerungslücken in Bezug auf das Ereignis? JA___ NEIN___

Leiden Sie seit dem Ereignis unter Schlafproblemen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Wachsamkeit oder Schreckhaftigkeit? JA___ NEIN___

Haben diese Beschwerden mindestens 1 Monat angehalten? JA___ NEIN___

| Posttraumatische Belastungsstörung | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Erleben von Tod/Lebensbedrohung/ernsthafte Verletzung/sexuelle Gewalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 1 intrusives Symptom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 1 Vermeidungssymptom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 2 Symptome veränderter negativer Stimmung/Kognitionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mind. 2 Arousal Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mehr als 1 Monat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: SPEKTRUM PROBLEMATISCHEN ESSVERHALTENS

Deutliches Untergewicht: Körpergewicht mindestens 15% geringer als nach dem Body Mass Index (BMI) zu erwarten

BMI: Körpergewicht (kg) geteilt durch die quadrierte Körpergröße (m²), d.h.
 $BMI = \text{kg} / \text{m}^2$

Faustregel für die Interpretation von BMI-Werten:

| | (BMI) |
|---|------------|
| Definitiv anorektisch | <17 |
| Untergewicht (möglicherweise anorektisch) | 17–18,49 |
| Normalgewicht | 18,5–24,99 |
| Übergewicht | 25–29,99 |
| Adipositas Grad I | 30–34,9 |
| Adipositas Grad II | 35–39,9 |
| Adipositas Grad III | ≥40 |

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Gewicht stellen.

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? _____

(Bei Verdacht auf Essstörung Gewicht objektiv nachprüfen)

Wie war Ihr niedrigstes bzw. höchstes Gewicht im Erwachsenenalter? _____

AN: *Haben Sie zuletzt stark abgenommen oder essen Sie absichtlich wenig, um an Gewicht zu verlieren? Kam das früher vor?*

JA (a/f) _____ NEIN _____

| S. 38

AN/BN: *Haben Sie große Angst davor zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur oder Ihr Gewicht? Kam das früher vor?*

JA (a/f) _____ NEIN _____

| S. 38/40

AN/BN/BE: *Haben Sie Heißhungerphasen oder Essanfälle, d.h. dass Sie sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen? Kam das früher vor?*

JA (a/f) _____ NEIN _____

| S. 38/40

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: SOMATISCHER BELASTUNGEN (S. 42)

Abgrenzung Anorexie/Bulimie: Wenn Essanfälle gleichzeitig mit Anorexie auftreten, dann wird keine zusätzliche Bulimie-Diagnose gegeben. Beide Diagnosen können nur gemeinsam gegeben werden, wenn sie sich zeitlich nicht vollständig überlappen.

Abgrenzung Bulimie/Binge-Eating: Bei Bulimie werden nach Essanfällen kompensatorische Maßnahmen vorgenommen (einzelne Diäten allerdings möglich), Binge-Eating mehr Leidensdruck.

Binge-Eating: Essanfall, verbunden mit dem Verzehr einer Nahrungsmenge in einem Zeitraum, die erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in dem Zeitraum essen würden. Während des Essanfalls besteht das Gefühl die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.

Anorexia Nervosa (F50.0x)

- Hauptmerkmal:** Signifikant niedriges Körpergewicht oder in Relation zum Energiebedarf eingeschränkte Gewichtszunahme, die zu signifikant niedrigem Körpergewicht führt.
- Notwendig:** extreme Furcht vor dem Dickwerden, krasse Körperschemaverzerrungen (trotz deutlichem Untergewicht zu dick)
- Häufig:** übertriebener Sport, Missbrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern, meist keine Krankheitseinsicht oder Leugnungstendenz
Weitaus häufiger bei Frauen
- Typus:** **Restriktiver Typus (F50.01):** Während der letzten 3 Monate der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder hat kein „Purging-Verhalten“ (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt
Binge-Eating/Purging-Typus (F50.02): Während der letzten 3 Monate der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt
- Bestimme, ob:** **Teilweise Remission:** nach Erfüllung aller Störungskriterien liegt nur noch Angst vor Gewichtszunahme oder Körperschemaverzerrung erfüllt
Volle Remission: nach Erfüllung aller Störungskriterien wird kein Störungskriterium mehr erfüllt
Schweregrad: leicht (BMI 18,49 - 17 kg/m²), mittelgradig (BMI 16-16,99 kg/m²), schwer (BMI 15-15,99kg/m²), extrem (BMI < 15 kg/m²)

ANOREXIA NERVOSA (AN)

Tun Sie etwas, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Fühlen Sie sich insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick? JA ___ NEIN ___

Ist Ihr Gewicht oder Ihre Figur wichtig für Ihren Selbstwert? JA ___ NEIN ___

| Anorexia Nervosa | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Eingeschränkte Kalorienzunahme mit signifikant niedrigem Körpergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intensive Angst vor Gewichtszunahme/Verhinderung von Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störung in der Körperwahrnehmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bulimia Nervosa (F50.2)

- Hauptmerkmal:** wiederholte Essanfälle mit subjektivem Kontrollverlust, ständige Sorge um Figur/Gewicht
- Gegenmaßnahmen:** Erbrechen, Fasten, Abführmittel/Appetitzügler
- Häufigkeitskriterium:** Mindestens 3 Monate lang mindestens 1 Essanfall/Woche
- Untergewicht:** Im Gegensatz zur Anorexia Nervosa nicht notwendig
Häufig depressive Verstimmungen, Verheimlichung aus Scham, v.a. Frauen betroffen
- Bestimme, ob:** **Teilweise Remission:** nach Erfüllung aller Störungskriterien wird nur noch ein Teil erfüllt
Volle Remission: nach Erfüllung aller Störungskriterien wird kein Störungskriterium mehr erfüllt
Schweregrad: leicht (1-3 Episoden/Woche), mittelgradig (4-7 Episoden/Woche), schwer (8-13 Episoden/Woche), extrem (14 oder mehr Episoden/Woche)

Binge-Eating Störung (F50.8)

- Hauptmerkmal:** wiederholte Essanfälle mit subjektivem Kontrollverlust
- Häufigkeitskriterium:** Mindestens 3 Monate lang mindestens 1 Essanfall/Woche
- Notwendig:** Schnelleres Essen, Völlegefühl, über den Hunger essen, alleine Essen aus Scham, negative Gefühle aufgrund von Essanfällen
- Wichtig:** kein kompensatorisches Verhalten
- Bestimme, ob:** **Teilweise Remission:** nach Erfüllung aller Störungskriterien jetzt weniger als 1 Essanfall pro Woche
Volle Remission: nach Erfüllung aller Störungskriterien wird kein Störungskriterium mehr erfüllt
Schweregrad: leicht (1-3 Episoden/Woche), mittelgradig (4-7 Episoden/Woche), schwer (8-13 Episoden/Woche), extrem (14 oder mehr Episoden/Woche)

| Bulimia Nervosa | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wiederkehrende Binge-Eating Episoden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kompensationsverhalten (mind. 1 x Woche, mind. 3 Monate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstbewertung durch Körperform und Gewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht ausschließlich während Anorexia Nervosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Binge-Eating Störung | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wiederkehrende Binge-Eating Episoden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essanfälle gemeinsam mit mind. 3 Merkmalen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidensdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 1 x Woche, mind. 3 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine kompensatorischen Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BULIMIA NERVOSA (BN) / BINGE EATING STÖRUNG (BE)

Haben Sie während der Essanfälle das Gefühl, Sie könnten sich nicht mehr kontrollieren?

JA ___ NEIN ___

Haben Sie einmal drei Monate lang mindestens ein Mal pro Woche Essanfälle gehabt?

JA ___ NEIN ___

Haben Sie etwas unternommen, um nicht durch die Essanfälle zuzunehmen? JA ___ NEIN ___

Falls JA: BULIMIA NERVOSA; falls NEIN: BINGE-EATING STÖRUNG

SCREENING: SOMATISCHER BELASTUNGEN

Allgemein zu Somatischen Belastungs- und verwandten Störungen

Bisherige Versorgung: Patienten mit Störungen aus diesem Störungsbereich sind meist bereits in eine medizinische Versorgung eingebunden, hingegen selten in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung.

Abklärung organischer Ursachen: Nicht immer muss jegliche Beteiligung organischer Faktoren ausgeschlossen sein, evtl. stehen Beschwerden nur in keinem angemessenen Zusammenhang mit objektivierbaren organischen Bedingungen.

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten? JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen:

SBS: Haben Sie viele körperliche Probleme? Kam das früher vor? JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 44

KAS: Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben oder bekommen könnten? Kam das früher vor?

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 46

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: ABHÄNGIGKEITSSPEKTRUM (S. 48)

Falls körperliche Beschwerden und Krankheitsangst vorliegen, sollte eine Somatische Belastungsstörung vergeben werden.

Somatische Belastungsstörung (F45.1)

- Hauptmerkmal:** vorliegen einer oder mehr belastender oder im Alltag beeinträchtigender körperlichen Beschwerden
- Notwendig:** Mindestens 1 der nebenstehenden 3 Symptome
- Dauer:** Typischerweise länger als 6 Monate (somatische Symptome können sich ändern)
- Wichtig:** Symptome können auch ohne Zusammenhang zu einem medizinischen Krankheitsfaktor vorliegen; auf direkte Nachfrage hinsichtlich der Belastung schreiben einige Betroffene diese anderen Ursachen als den körperlichen Problemen zu
- Häufig:** Hohe Inanspruchnahme medizinischer Versorgung
- Abgrenzung:** Krankheitsangststörung: Somatische Belastungsfaktoren müssen vorliegen
- Bestimme, ob:**
 - Mit vordergründigem Schmerz:** Somatische Belastungsfaktoren verursachen vor allem Schmerzen
 - Chronisch:** Schwere Symptome mit intensiver Beeinträchtigung und langer Dauer (mehr als 6 Monate)
 - Schweregrad:** leicht (nur 1 Symptom), mittelgradig (2 oder mehr Symptome), schwer (2 oder mehr Symptome und ein schweres somatisches Symptom oder multiple somatische Beschwerden)

SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (SBS)

Haben Sie aufgrund der körperlichen Probleme Ihren Lebensstil verändert oder Medikamente eingenommen? JA ___ NEIN ___

Treffen die folgenden Dinge bezogen auf Ihre körperlichen Probleme zu?
... machen Sie sich häufig Gedanken über die Bedeutung dieser körperlichen Probleme? JA ___ NEIN ___

... haben Sie Angst um Ihre Gesundheit aufgrund der Probleme? JA ___ NEIN ___

... investieren Sie viel Energie oder verbringen Sie viel Zeit damit, sich mit den körperlichen Problemen oder den Sorgen über diese Probleme zu beschäftigen? JA ___ NEIN ___

Falls JA, beschreiben:

Beschreiben: _____

Haben diese Beschwerden mindestens 6 Monate angehalten? JA ___ NEIN ___

| Somatische Belastungsstörung | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Mind. 1 belastendes/beeinträchtigendes somatisches Symptom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exzessive Gedanken/Gefühle/Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Krankheitsangststörung (F45.21)

- Hauptmerkmal:** Unrealistische, starke Überzeugung/Befürchtung, eine (oder mehrere) schwere körperliche Erkrankung zu haben
- Notwendig:** starke Angst um und schnelle Verunsicherung in Bezug auf Gesundheit, exzessive gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z. B. Checking-Behavior) oder dysfunktionale Vermeidung (z. B. Krankenhäuser, Ärzte oder kranke Personen)
- Interpretation:** Deutung körperlicher Empfindungen/Merkmale als Krankheitszeichen oder –beweise
- Krankheitsüberzeugung:** Auch durch sorgfältige ärztliche Untersuchung nicht dauerhaft beseitigbar
- Aufmerksamkeit:** chronische Beschäftigung mit dem eigenen Körper
- Verlauf:** Meist chronisch, Art der Krankheitsbefürchtungen kann wechseln
- Abgrenzung:** Somatische Belastungsstörung: Bei Krankheitsangststörung dürfen somatische Symptome nicht vorhanden sein oder nur in einem geringen Ausmaß. Nicht Symptome, sondern Beschäftigung mit schwerer Krankheit im Zentrum der Aufmerksamkeit; nicht allgemeine Kränklichkeit, sondern eher einzelne katastrophale Krankheit (z. B. Krebs, AIDS).
- Bestimme, ob:**
Aufsuchender Typus: Häufiges Aufsuchen von medizinischer Maßnahmen oder Untersuchungen.
Vermeidender Typus: Medizinische Maßnahmen werden möglichst vermieden.

KRANKHEITSANGSTSTÖRUNG (KAS)

Seit wann fürchten bzw. glauben Sie, eine schwere körperliche Krankheit zu haben und um welche Krankheit handelt es sich?

JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Suchen Sie aufgrund dieser Befürchtungen häufiger Ärzte auf? JA ___ NEIN ___

Vermeiden Sie Ärzte, Krankenhäuser oder Kranke, weil der Kontakt Ihre Befürchtungen/Überzeugungen verschlimmern könnte oder Sie eine Gefahr befürchten? JA ___ NEIN ___

Führen Sie bestimmte Verhaltensweisen in Bezug auf Ihre Angst immer wieder durch, um sich zu beruhigen (z. B. Abtasten, Rückversichern, im Spiegel betrachten, Internetsuche)?

JA ___ NEIN ___

Falls JA, beschreiben:

Beschreiben: _____

| Krankheitsangststörung | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Beschäftigung mit schwerer körperlicher Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine somatischen Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sorge über die Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exzessives gesundheitsverbundenes Verhalten/maladaptives Vermeiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 6 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: ABHÄNGIGKEITSSPEKTRUM

SSK: *Nehmen Sie irgendetwas, um Ihre Stimmung zu beeinflussen? Ich meine Dinge, wie z. B. Alkohol oder Medikamente oder auch illegale Drogen wie Kokain? Kam das früher vor?*

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 50

SGS: *Spielen Sie häufiger um Geld, wie z. B. Poker, an Spielautomaten oder bei Sportwetten? Kam das früher vor?*

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 52

SSI: *Spielen Sie häufiger und längere Zeit Computerspiele im Internet? Kam das früher vor?*

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 54

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: SCHLAFSTÖRUNGSSPEKTRUM (S. 56)

Störung durch Substanzkonsum (F1x.xx)

- Hauptmerkmal:** Problematischer Substanzkonsum, der zu deutlichen Beeinträchtigungen oder Belastungen führt
- Notwendig:** Mindestens 2 Symptome
- Dauer:** Mindestens 12 Monate
- Wichtig:** Aufgrund geschlechtsbedingter körperlicher Unterschiede sind Frauen vulnerabler für körperliche Konsequenzen des Konsums (insbesondere bei Alkohol).
- Häufig:** Männer höhere Raten von Störungen durch Alkoholkonsum, Frauen höhere Raten von Störungen durch Medikamentenkonsum (Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika).
- Hinweis:** spezifische Entzugssymptome für die jeweilige Substanz können dem DSM5 ab Seite 661 entnommen werden.
- Bestimme, ob:** **In früher Remission:** nachdem die Kriterien erfüllt waren, werden sie seit mindestens 3 Monaten, aber nicht länger als 12 Monate, nicht mehr erfüllt (ausgenommen Verlangen oder Wunsch nach Konsum).
In anhaltender Remission: nachdem die Kriterien erfüllt waren, werden sie über einen Zeitraum von 12 Monaten oder länger nicht mehr erfüllt (ausgenommen Verlangen oder Wunsch nach Konsum).
In kontrollierter Umgebung: die Person konsumiert aufgrund der geschützten Umgebung nicht (z. B. geschützte stationäre Unterbringung).
- Codierungen:** **Substanzen:** Alkohol: F10.xxx; Opiode: F12.xxx; Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika: F13.xxx; Stimulantien: F14.xxx; Koffein: F15.xxx; Halluzinogene: F16.xxx; Inhalanzien: F18.xxx; Andere Substanzen: F19.xxx
Schweregrade: leichtgradig: F1x.10; mittelgradig: F1x.20; schwergradig: F1x.30
Weitere Codierungen: Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsstörungen: F10.239; Alkoholentzug, ohne Wahrnehmungsstörungen: F10.232

| Störung durch Substanzkonsum | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Charakteristische kognitive/verhaltensbezogene/körperliche Symptome & Fortsetzung des Gebrauchs, trotz Problemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pathologisches Muster von Verhaltensweisen (mind. 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Substanzentzug (nur bei Drogen und Alkohol) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

STÖRUNG DURCH SUBSTANZKONSUM (SSK)

Trinken Sie gegenwärtig regelmäßig Alkohol? JA ___ NEIN ___

Falls JA: Art, Dosis und Dauer der Einnahme feststellen

Beschreiben: _____

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Medikamentene regelmäßig ein? JA ___ NEIN ___

Falls JA: Art, Dosis und Dauer der Einnahme feststellen

Beschreiben: _____

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Drogen? JA ___ NEIN ___

Falls JA: Art, Dosis und Dauer der Einnahme feststellen

Treffen die folgenden Dinge für Ihren (Alkohol-/Medikamenten-/Drogen-) Gebrauch zu?

Nehmen Sie die Substanz mehr oder länger als beabsichtigt ein oder haben erfolglos versucht den Gebrauch einzustellen bzw. zu reduzieren? JA ___ NEIN ___

Verbringen Sie viel Zeit mit dem Substanzgebrauch, der -beschaffung oder der Erholung deren Wirkungen? JA ___ NEIN ___

Verspüren Sie ein Verlangen nach der Substanz? JA ___ NEIN ___

Haben Sie Konflikte (beruflich oder privat) aufgrund des Gebrauchs oder haben Sie Ihnen wichtige Tätigkeiten oder Personen vernachlässigt? JA ___ NEIN ___

Kamen Sie schon öfter in Gefahr wegen dem Substanzgebrauch? JA ___ NEIN ___

Gebrauchen Sie die Substanz weiter, obwohl Sie wissen, dass dies körperliche oder psychische Probleme nach sich zieht? JA ___ NEIN ___

Müssen Sie als mehr als früher zu sich nehmen, um (betrunken/high/angstfrei...) zu werden? JA ___ NEIN ___

Haben Sie körperliche Probleme, wenn Sie versuchen den Gebrauch einzustellen oder nehmen Sie etwas anderes ein, um diese Probleme zu reduzieren? JA ___ NEIN ___

Nahmen Sie die Substanz über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten und haben in dieser Zeit die beschriebenen Symptome bei sich beobachtet? JA ___ NEIN ___

Falls Hinweise auf Störung durch Substanzkonsum, Substanz angeben:

Störung durch Glücksspielen (F63.0)

- Hauptmerkmal:** Belastendes, andauerndes und wiederholtes problematisches Glücksspielverhalten
Notwendig: Mindestens 4 von 9 Symptomen
Dauer: Mindestens 12 Monate
Wichtig: Problematisches Glücksspielverhalten kann auch im Rahmen einer manischen Episode auftreten
Häufig: Finanzielle und soziale Probleme und Sorgen, Männer häufiger betroffen, Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Art des Glücksspiels (Männer häufiger Karten, Sport und Pferderennen, Frauen häufiger Spielautomaten und Bingo)
Abgrenzung: Manische Episode: wenn problematisches Glücksspielverhalten ausschließlich während der Stimmungsproblematik besteht
Bestimme, ob: **Episodisch:** Bei voller Symptomausprägung für mehr als 1 Episode, sinken die Symptome zwischen den Episoden für mindestens einige Monate
Andauernd: Die Kriterien der Störung werden über mehrere Jahre erfüllt
In früher Remission: nachdem die Kriterien erfüllt waren, werden sie seit mindestens 3 Monaten, aber nicht länger als 12 Monate, nicht mehr erfüllt
In anhaltender Remission: nachdem die Kriterien erfüllt waren, werden sie über einen Zeitraum von 12 Monaten oder länger nicht mehr erfüllt
Schweregrad: leicht (4-5 Symptome), mittelgradig (6-7 Symptome), schwer (8-9 Symptome)

STÖRUNG DURCH GLÜCKSSPIELEN (SGS)

Treffen die folgenden Dinge für Ihr Glücksspielverhalten zu?

Denken Sie häufig an Glücksspiele? JA ___ NEIN ___

Spielen Sie um immer höhere Geldbeträge, um so einen gewünschten Zustand zu erreichen oder um Verluste auszugleichen? JA ___ NEIN ___

Versuchten Sie schon einmal Ihr Glücksspielverhalten zu reduzieren/kontrollieren oder waren Sie unruhig/nervös, wenn Sie an eine Reduktion dachten? JA ___ NEIN ___

Belügen Sie andere über Ihr Glücksspielverhalten oder hatten deswegen schon Auseinandersetzungen mit anderen? JA ___ NEIN ___

Spielen Sie, um mit belastenden Gefühlen besser zu rechtzukommen? JA ___ NEIN ___

Denken Sie, dass Ihr Glücksspielverhalten zu finanziellen Schwierigkeiten führen könnte? JA ___ NEIN ___

Haben Sie dieses Glücksspielverhalten und die beschriebenen Symptome über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bei sich beobachtet? JA ___ NEIN ___

| Störung durch Glücksspielen | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Dauerhaftes, häufig auftretendes problematisches Glücksspielen führt zu Beeinträchtigungen oder Leiden, mind. 4 Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 12 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Störung durch Spielen von Internetspielen

Hauptmerkmal: Andauerndes und wiederholtes ausgeprägter Gebrauch von Internetspielen
Notwendig: Mindestens 5 von 9 Symptomen
Dauer: Mindestens 12 Monate
Bestimme, ob: **Schweregrad:** leicht (Erfüllung weniger und leichtere Symptome und weniger Beeinträchtigung), mittelgradig (ausgeprägte Symptome, stundenweises Spielverhalten, deutliche Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen, Beruf oder Schule), schwer (mehr und schwerer ausgeprägte Symptome, Spielverhalten über viele Stunden, schwere Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen, Beruf oder Schule)

STÖRUNG DURCH SPIELEN VON INTERNETSPIELEN (SSI)

Treffen die folgenden Dinge für Ihr Internetspielverhalten zu?

Denken Sie häufig an Internetspiele? JA ___ NEIN ___

Fühlen Sie sich schlecht, wenn Sie nicht spielen können oder spielen Sie, um mit belastenden Gefühlen besser zu rechtzukommen? JA ___ NEIN ___

Spielen Sie immer länger oder haben Sie Probleme Ihr Spielverhalten zu reduzieren/kontrollieren? JA ___ NEIN ___

Haben Sie Konflikte (beruflich oder privat) aufgrund des Spielverhaltens oder haben Sie Ihnen wichtige Tätigkeiten oder Personen vernachlässigt? JA ___ NEIN ___

Belügen Sie andere über Ihr Spielverhalten? JA ___ NEIN ___

Haben Sie dieses Internetspielverhalten und die beschriebenen Symptome über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bei sich beobachtet? JA ___ NEIN ___

| <u>Störung durch Spielen von Internetspielen</u> | <u>Ja</u> | <u>Nein</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <u>Dauerhafte, wiederkehrende Nutzung des Internets, um Spiele zu spielen, führt zu Beeinträchtigung oder Leiden, mind. 5 Symptome</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: SCHLAFSTÖRUNGSSPEKTRUM

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Schlaf stellen:

Allgemeine Fragen zum Schlaf:

Gehen Sie regelmäßig zur gleichen Zeit schlafen? JA ____ NEIN ____

Wann gehen Sie normalerweise zu Bett? _____

Wann stehen Sie normalerweise auf? _____

Wie lange schlafen Sie normalerweise pro Nacht?

Effektive Schlafzeit pro Nacht (Stunden): _____

INS: *Haben Sie andauernd Beschwerden wegen schlechtem Schlaf? Kam das früher vor?*

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 58

HYS: *Sind Sie oft sehr müde oder schlafen mehr als gewohnt? Kam das früher vor?*

JA (a/f) ____ NEIN ____

| S. 60

Falls NEIN, weiter zu SCREENING: IMPULSKONTROLLE (S. 62)

Insomnie (F51.01)

- Hauptmerkmal:** Andauernde Unzufriedenheit mit der Schlafqualität- oder quantität
- Notwendig:** Mindestens 1 der nebenstehenden 3 Symptome in mindestens 3 Nächten pro Woche
- Dauer:** Mindestens 3 Monate
- Wichtig:** Deutliche Belastungen oder Beeinträchtigungen bei kognitiven, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen durch die Schlafprobleme
- Häufig:** Frauen häufiger als Männer, insbesondere in Verbindung mit Geburt eines Kindes oder höheren Alters (**Achtung:** Studien deuteten bei älteren Frauen auf eine bessere Schlafeffektivität hin)
- Abgrenzung:** Schlafprobleme können im Rahmen verschiedener alltäglicher Belastungen auftreten, wie z. B. bei Schichtarbeit
Restless-Legs-Syndrom: Drang die Beine zu bewegen und unangenehme Sensationen in den Beinen
Atmungsbezogene Schlafstörung: Lautes Schnarchen, Atempausen und ausgeprägte Schläfrigkeit während des Tages
Narkolepsie: Ausgeprägte Schläfrigkeit während des Tages, Kataplexie, Schlafparalyse und schlafbezogenen Halluzinationen
Parasomnie: Ungewöhnliche Verhaltensweisen oder Ereignisse während des Schlafs, die zu Schlafunterbrechungen führen
- Bestimme, ob:** **Mit Komorbidität zu einer anderen nicht schlafbezogenen psychischen Störung:** Insomnie tritt zusammen mit einer anderen psychischen Störung auf
Mit Komorbidität zu einer medizinischen Störung: Insomnie tritt zusammen mit einer körperlichen Erkrankung auf
Mit anderer Schlafstörung: Insomnie tritt zusammen mit einer anderen Schlafstörung auf
Episodisch: Die Symptome dauern mindestens 1 Monat aber weniger als 3 Monate an
Andauernd: Die Symptome dauern mindestens 3 Monate an
Wiederkehrend: Mindestens 2 Episoden innerhalb des selben Jahres

INSOMNIE (INS)

Treffen die folgenden Dinge in Bezug auf Ihre Schlafprobleme zu?

... können Sie schlecht einschlafen? JA ___ NEIN ___

... haben Sie Durchschlafprobleme? JA ___ NEIN ___

... wachen Sie morgens früh auf, ohne wieder einschlafen zu können? JA ___ NEIN ___

Wie häufig pro Woche leiden Sie unter diesen Schlafproblemen? NÄCHTE/WOCHE: _____

Seit wann leiden Sie unter diesen Schlafproblemen? MONATE: _____

| Insomnie | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Unzufriedenheit mit Schlafqualität oder -quantität, mind. 1 Symptom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 3 Nächte pro Woche, mind. 3 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trotz adäquater Gelegenheit zu schlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hypersomnie (F51.11)

- Hauptmerkmal:** Selbstberichtete ausgeprägte Schläfrigkeit, trotz einer mindestens 7 Stunden andauernden Schlafphase
- Notwendig:** Mindestens 1 der nebenstehenden 3 Symptome in mindestens 3 Nächten pro Woche
- Dauer:** Mindestens 3 Monate
- Wichtig:** Deutliche Belastungen oder Beeinträchtigungen bei kognitiven, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen durch die Schlafprobleme
- Abgrenzung:** Schlafprobleme können im Rahmen verschiedener alltäglicher Belastungen auftreten, wie z. B. bei Schichtarbeit
- Atmungsbezogene Schlafstörung:** Lautes Schnarchen, Atempausen und ausgeprägte Schläfrigkeit während des Tages
- Parasomnie:** Ungewöhnliche Verhaltensweisen oder Ereignisse während des Schlafs, die zu Schlafunterbrechungen führen
- Bestimme, ob:**
- Mit Komorbidität zu einer anderen psychischen Störung:** Insomnie tritt zusammen mit einer anderen psychischen Störung auf
 - Mit Komorbidität zu einer medizinischen Störung:** Insomnie tritt zusammen mit einer körperlichen Erkrankung auf
 - Mit anderer Schlafstörung:** Insomnie tritt zusammen mit einer anderen Schlafstörung auf
- Akut:** Weniger als 1 Monat
Subakut: Dauer 1-3 Monate
Andauernd: Dauer mehr als 3 Monate
- Schweregrad:** Leicht (Schlafprobleme an 1-2 Tagen/Woche), mittelgradig (Schlafprobleme an 3-4 Tagen/Woche), schwer (Schlafprobleme an 5-7 Tagen/Woche)

HYPERMORPHIE (HYS)

Treffen die folgenden Dinge in Bezug auf Ihre Schlafprobleme zu?

... *mehrfaches Einschlafen an einem Tag?* JA ___ NEIN ___

... *lange Schlafphasen von mehr als 9 Stunden pro Tag, ohne sich erholt zu fühlen?* JA ___ NEIN ___

... *Schwierigkeiten wach zu bleiben, nachdem Sie geweckt wurden?* JA ___ NEIN ___

Wie häufig pro Woche leiden Sie unter diesen Schlafproblemen? NÄCHTE/WOCHE: _____

Seit wann leiden Sie unter diesen Schlafproblemen? MONATE: _____

| Hypersomnie | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Übermäßige Schläfrigkeit, mind. 1 Symptom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauer: mind. 3 mal pro Woche, mind. 3 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCREENING: IMPULSKONTROLLE

Verspüren Sie wiederholt einen Drang, Impuls, Trieb oder eine Versuchung, bestimmte Handlungen auszuführen, die schädlich für Sie oder andere sein könnten (z. B. Feuer legen, Stehlen, Kaufimpulse)?

JA ____ NEIN ____

Bevor Sie diese Handlungen ausführen, haben Sie dann ein gesteigertes Gefühl von Anspannung oder Erregung?

JA ____ NEIN ____

Erleben Sie Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung, während der Ausführung dieser Handlungen?

JA ____ NEIN ____

SCREENING: SEXUELLER FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Haben Sie Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität?

JA ___ NEIN ___

Falls NEIN, weiter zu PSYCHOSE-SCREENING (S. 66)

Welche der folgenden Dinge treffen auf Ihre sexuellen Schwierigkeiten zu:

... *Verlust sexueller Phantasien oder sexuellen Verlangens?* JA ___ NEIN ___

... *extreme Abneigung gegenüber und Vermeidung von Geschlechtskontakt?* JA ___ NEIN ___

... *Unfähigkeit, eine zufriedenstellende Erregung zu erlangen oder aufrecht zu halten?* JA ___ NEIN ___

... *Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach sexueller Erregung?* JA ___ NEIN ___

... *genitale Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?* JA ___ NEIN ___

Bei Männern:

... *unerwünschter vorzeitiger Samenerguss?* JA ___ NEIN ___

Seit wann treten diese sexuellen Probleme auf:

LEBENSLANG ___

ERWORBEN ___

Falls erworben, beschreiben:

Beschreiben: _____

Falls erworben:

Traten diese Probleme nach einer bestimmten Erfahrung auf? JA ___ NEIN ___

Falls JA, Erfahrung beschreiben:

Beschreiben: _____

PSYCHOSE-SCREENING

Hinweise zur Diagnostik der Psychosen

Eine ausreichende Diagnostik psychotischer Störungen ist durch diese Screening-Fragen selbstverständlich nicht gegeben. Falls Hinweise aufgrund dieser Fragen oder der Behandlungsgeschichte vorliegen, sollten die entsprechenden Abschnitte eines dafür geeigneten strukturierten Interviews (z. B. SKID, Wittchen et al., 1997) durchgeführt werden.

Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht haben, wie zum Beispiel:

... Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben? JA ___ NEIN ___

... Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in Ihrer Nähe gewesen ist?

JA ___ NEIN ___

... Das Gefühl gehabt, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, sodass Sie das Gefühl hatten, ständig aufpassen zu müssen?

JA ___ NEIN ___

Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der Sie sprachen, keinen Sinn machte?

JA ___ NEIN ___

Falls JA bei einer der obigen Fragen, beschreiben:

Beschreiben: _____

SUIZID-SCREENING

Nun würde ich Ihnen gerne einige Fragen stellen, die Gedanken, Plänen oder Versuche betreffen, sich das Leben zu nehmen.

Denken Sie derzeit daran, lieber tot sein zu wollen? JA ___ NEIN ___

Denken Sie in der letzten Zeit daran, sich das Leben zu nehmen? JA ___ NEIN ___

Wie oft treten diese Gedanken auf (pro Tag, Woche, Monat)?

Beschreiben: _____

Haben Sie Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen wollen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Haben Sie bereits Dinge ausprobiert (z. B. einen in Frage kommenden Ort aufgesucht, Seil bereit gelegt, Medikamentenmix zusammengestellt)?

JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt, ohne dabei zu beabsichtigen, sich das Leben zu nehmen?

JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Haben Sie das Gefühl zu einem Suizid fähig zu sein (unabhängig davon, ob Sie jemals darüber nachdachten sich das Leben zu nehmen)?

JA ___ NEIN ___

ABSCHLIESSENDE FRAGEN

Wurden Sie jemals wegen emotionaler oder psychischer Beschwerden, Alkohol- oder Substanzgebrauch oder ähnlicher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?

JA _____ NEIN _____

Falls JA: Zeitraum, Diagnose, Art der Einrichtung und der Behandlung feststellen.

Beschreiben: _____

Gibt es irgendetwas anderes, was ich nicht gefragt habe, was aber noch wichtig wäre hier zu nennen?

Beschreiben: _____

Was ist das Hauptproblem, für das Sie Hilfe suchen? Was ist die Hauptveränderung, die Sie machen möchten?

Beschreiben: _____

SONSTIGE ANMERKUNGEN/BESONDERHEITEN

Klinische Einschätzungen und Diagnosen (Mini-DIPS Open Access)

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------------------|--|
| leicht | | mäßig | | ausgeprägt | | schwer | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| leicht störend/ nicht wirklich | | | | deutlich störend/ behindernd | | stark störend/ behindernd | | sehr stark störend/ behindernd | |
| SUBKLINISCHER BEREICH | | | | KLINISCHER BEREICH | | | | | |

Aktuelle Diagnosen

Primäre Diagnose

Zusätzliche Diagnosen

Frühere Diagnosen

| Diagnose | Beginn | Remission |
|----------|--------|-----------|
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |

Weitere Angaben
