

Jürgen Margraf, Jan Christopher Cwik, Ruth von Brachel, Andrea Suppiger und
Silvia Schneider

DIPS Open Access

Jürgen Margraf
Jan Christopher Cwik
Ruth von Brachel
Andrea Suppiger
Silvia Schneider

DIPS

Open Access 1.2

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen

6., überarbeitete Auflage

- für DSM-5
- Interviewleitfaden
- Protokollbogen



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

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

Dr. Jan Christopher Cwik
Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Dürener Str. 89
50931 Köln, Deutschland

Dr. Ruth von Brachel
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum, Deutschland

Dr. Andrea Suppiger
Hünenbergring 11
6006 Luzern, Schweiz

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

Interviewleitfaden

<i>Interviewleitfaden</i>	3
<i>Vorbemerkung</i>	6
<i>Überblick</i>	12
<i>Angststörungen</i>	17
Panikanfälle/Panikstörung.....	18
Agoraphobie	28
Soziale Angststörung (Soziale Phobie).....	40
Spezifische Phobie	50
Generalisierte Angststörung.....	59
Störung mit Trennungsangst.....	71
<i>Bipolare und verwandte Störungen</i>	78
Manische Episode/Hypomane Episode	79
<i>Depressive Störungen</i>	89
Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung).....	90
Major Depression.....	97
<i>Zwangsstörung und verwandte Störungen</i>	109
Zwangsstörung.....	110
Körperdysmorphie Störung	128
<i>Trauma- und belastungsbezogene Störungen</i>	135
Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen.....	136
Posttraumatische Belastungsstörung	140
Akute Belastungsstörung.....	150
<i>Somatische Belastungs- und verwandte Störungen</i>	156

Somatische Belastungsstörung	157
Krankheitsangststörung	163
<i>Essstörungen</i>	<i>171</i>
Einstiegsfragen zum Körpergewicht	172
Anorexia Nervosa	173
Bulimia Nervosa	182
Binge-Eating-Störung.....	190
<i>Schlafstörungen</i>	<i>195</i>
Einstiegsfragen zum Schlafverhalten	196
Insomnie	199
Hypersomnie.....	207
<i>Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen</i>	
<i>Verhaltensweisen</i>	<i>215</i>
Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum.....	216
Störung durch Alkoholkonsum.....	217
Nikotinscreening.....	224
Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen.....	226
Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsum	229
Störung durch Glücksspielen	236
<i>Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung</i>	<i>243</i>
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	244
<i>Borderline Persönlichkeitsstörung</i>	<i>254</i>
Borderline Persönlichkeitsstörung	255
<i>Sexuelle Funktionsstörungen</i>	<i>262</i>
Screening für Männer.....	263
Screening für Frauen.....	265
<i>Psychoscreening</i>	<i>267</i>
Psychoscreening	268

<i>Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf</i>	269
Störung durch Spielen von Internetspielen (allgemein bekannt als Computerspielsucht).....	270
Suizidale Verhaltensstörung	277
<i>Anhang</i>	282
<i>Allgemeine Anamnese</i>	283
Vergangene Behandlungsgeschichte.....	283
Familiengeschichte psychischer Störungen.....	284
Medikation.....	284
Zusammenfassung	289
<i>Psychosoziale Beurteilung</i>	290
Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme.....	290
Globale Beurteilung des Funktionsniveaus	291
<i>Erzählende Zusammenfassung</i>	292
<i>Klinische Einschätzungen und Diagnosen</i>	293
<i>Protokollbogen zum DIPS Open Access</i>	295

Vorbemerkung

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

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

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

Das DIPS Open Access erhebt den Anspruch, über die rein klassifikatorische Diagnostik hinaus auch unmittelbar therapierelevante Informationen zu erfassen. Diese können durch die Fragen, die nicht mit einem Sternchen markiert sind, erhoben werden. Fragen, die mit einem Sternchen versehen sind, sollten zur vollständigen Abklärung der DSM-5-Diagnose gestellt werden. Auch wenn das DSM-5 für viele Störungen keine Kodierung einer Lebenszeitdiagnose im Sinne einer Remission vorsieht, finden sich bei allen Störungen Fragen nach dem Vorliegen der Symptome in der Vergangenheit zur Abklärung der Lebenszeitdiagnosen. Zur Abklärung von Diagnosen in der Vergangenheit sollte bei den Fragen zur Störung das Tempus angepasst werden. Es finden sich bei jeder Störung der Einheitlichkeit halber Fragen zur Belastung und Beeinträchtigung durch die Symptome sowie Fragen zum Substanzkonsum bzw. medizinischen Krankheitsfaktoren. Diese sind nur dann mit einem Sternchen versehen, wenn das DSM-5 das Vorliegen von Leiden/Beeinträchtigung bzw. den Ausschluss von Substanzeffekten oder medizinischen Krankheitsfaktoren fordert. Die Nennung von beispielhaften Substanzen oder Krankheitsfaktoren orientiert sich ebenfalls am DSM-5. Hinsichtlich der Beurteilung von Belastung oder Beeinträchtigung sei angemerkt, dass das DSM-5 zumeist nur das Vorliegen von Belastung ODER Beeinträchtigung fordert und das Kriterium also als erfüllt angesehen werden kann, sobald eines der beiden Symptome vorliegt.

Es ist bei wie bei jedem strukturierten Interview wichtig, dass der Zeitraum, über den gesprochen wird, klar umgrenzt ist. Falls es der/dem Patient*in schwer fällt, einen genauen Zeitpunkt für die Symptome anzugeben, versuchen Sie, spezifischere Informationen zu erhalten, z. B. indem Sie den Beginn mit objektiven Lebensumständen verbinden. Es finden sich in jeder Sektion Checklisten zur Übersicht über die Anzahl und das Ausmaß der Symptome bzw. der Vermeidung. Hier finden sich zusätzliche Fragen und eine Skalierung, die helfen können, den Schweregrad der Symptome einzuschätzen. Der/die Therapeut*in sollte in Abhängigkeit der diagnostischen Fragestellung, der Therapieplanung und der zeitlichen Ressourcen entscheiden, ob diese zusätzlichen Fragen gestellt werden. Wir empfehlen diese Fragen u.a. im Rahmen von Studien.

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

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

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

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

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

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

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

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

Symptomeinschätzungen und Beeinträchtigungs-/Belastungseinschätzung durch die betroffenen 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 von dem/der Diagnostiker*in vorgenommen.

Manische Episode/Hypomane Episode

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

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

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.1: weiter zu Persistierende Depressive Störung.

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

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

***2.** Explorieren Sie das Vorliegen von Symptomen mit der folgenden Frage:
Haben Sie während der Phase, in der Sie sich ungewöhnlich oder extrem gut oder reizbar gefühlt haben, anhaltend folgende Symptome erlebt?

Falls unklar: *Wie ausgeprägt haben Sie die folgenden Symptome erlebt?*

Copyright © 2020 Margraf, Cwik, von Brachel, Suppiger & Schneider

Manische Episode/Hypomane Episode

80

Falls gewünscht, können Sie den Schweregrad anhand der folgenden Skalen einschätzen:

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

Hinweis: Notieren Sie nur Symptome, die anhaltend über mindestens 1 Woche (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer) für eine Manische Episode oder mindestens

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

Abkürzungen im Griffregister

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

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

Überblick

Datum: _____

Interviewer/in: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

beruflich: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Anzahl der
Haushaltsmitglieder: _____

Derzeitiger Beruf: _____

Religion: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Kinder

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

Familienstand

_____ Verheiratet Datum _____

_____ Ledig Datum _____

_____ Feste Partnerschaft Datum _____

_____ Getrennt Datum _____

_____ Geschieden Datum _____

_____ Verwitwet Datum _____

_____ Sonstiges Datum _____

Frühere Ehen JA _____ NEIN _____ Datum _____

Nach dieser kurzen Befragung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Familie/Freund*innen/*

Bekannten

Beruf/Schule

Gesundheit

*finanziellen
Angelegenheiten*

*juristischen
Angelegenheiten/
Polizei*

anderen Bereichen

Angststörungen

Panikanfälle/Panikstörung – 18

Agoraphobie – 28

Soziale Angststörung (Soziale Phobie) – 40

Spezifische Phobie – 50

Generalisierte Angststörung – 59

Störung mit Trennungsangst – 71

Panikanfälle/Panikstörung

Panikanfälle

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

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

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Agoraphobie.

***2.1** *In welchen Situationen haben Sie das erlebt?*

Beschreiben: _____

***2.2** *Treten diese Panikanfälle meistens unerwartet auf?*

JA _____ NEIN _____

Bitte ankreuzen (mehrfaches Ankreuzen möglich):

unerwartete Panikattacken

erwartete Panikattacken (Situationen: _____)

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

JA _____ NEIN _____

► Falls der Panikanfall nicht innerhalb von wenigen Minuten einen Höhepunkt erreicht: weiter zu Agoraphobie.

4. *Wann war Ihr letzter typischer Panikanfall?*

Datum: _____

5*. Symptomeinschätzung

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

Falls der Verdacht einer Panikstörung besteht, sollte die Symptomeinschätzung nur für

solche Panikanfälle vorgenommen werden, die unerwartet und in verschiedenen Situationen auftreten. Panikanfälle, die sich auf einen einzelnen Reiz beschränken (z. B. enge Räume, Höhen, soziale Situationen), sind für die Diagnose einer Panikstörung nicht relevant. Sie können im DSM aber bei allen Angststörungen sowie bei anderen psychischen Störungen (depressive Störungen, PTBS) zusätzlich kodiert werden und mit den selben Fragen erfasst werden. Beziehen Sie sich dann auf solche Panikanfälle, die in bestimmten Situationen (erwartet) auftreten.

Die folgende Liste soll eingesetzt werden, um das Vorliegen einzelner Symptome einzuschätzen. Liegt ein Symptom vor, kann zur genauen Exploration zusätzlich gefragt werden, wie schwerwiegend die Symptome erlebt werden und wie beunruhigend der/die Patient*in dies findet. Falls unklar, kann ebenfalls erfragt werden, ob der/die Patient*in dies fast jedes Mal erlebt.

Sie können den Schweregrad der typischen Symptome anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) einschätzen:

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

* *Während des letzten typischen Panikanfalls, erlebten Sie da...*

Mögliche Zusatzfragen sind:

(Wie schwerwiegend/beunruhigend war (...)?)

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

(Erleben Sie das bei fast jedem Panikanfall?)

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

	Vorhanden?	Schweregrad/ Beunruhigung
*5.12 ... <i>Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____
*5.13 ... <i>Hitzewallungen oder Kälteschauer?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____

Hinweis: Falls beim letzten typischen Panikanfall weniger als vier Symptome vorlagen klären Sie ab, ob jemals ein Panikanfall mit mindestens vier Symptomen auftrat.

► Falls eindeutig bei allen bisherigen Panikattacken immer weniger als vier Symptome (5.1–5.13) erfüllt sind: weiter zu Agoraphobie.

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

6. Wie oft erleben Sie Panikanfälle?

Durchschnittliche Häufigkeit pro Monat: _____

Panikstörung

► Nur erfragen, wenn unerwartete Panikanfälle berichtet wurden.

Hinweis: Bitte klären Sie bei der Befragung ab, ob es sich um den aktuellen oder einen vergangenen Zeitraum handelt.

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

JA _____ NEIN _____

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

*8.1 *... dass Sie verrückt werden?*

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- Falls eindeutig **NEIN** bei 7. – 9: weiter zu Agoraphobie.

***10. Haben Sie bestimmte Situationen vermieden?**

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- Falls an dieser Stelle Hinweise auf das Vermeiden von Situationen auftauchen, die typisch für andere psychische Störungen sind, bitte im Verlauf des Interviews abklären.

***11. Ausschluss von Substanzeffekten:**

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanz-/medikamenteninduzierte Angststörung verursachen können.

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA:**

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA:**

11.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?

JA _____ NEIN _____

Hinweis: im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***12. Ausschluss organischer Ursachen:**

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Beginn (Lebensalter): _____

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

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

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

Beschreiben: _____

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

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Agoraphobie

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

***1.2** *Vermeiden oder fürchten Sie diese Situationen, weil es schwierig wäre, im Falle panikähnlicher (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) oder peinlicher Symptome (Durchfall, Verlust der Blasenkontrolle, sich übergeben), die Situationen zu verlassen?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**: *Welche Symptome befürchten Sie dort zu bekommen?*

Beschreiben: _____

***1.3** *Vermeiden oder fürchten Sie diese Situationen, weil Sie im Falle panikähnlicher (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) oder peinlicher Symptome (z.B. Furcht vor dem Fallen bei älteren Menschen, Durchfall, sich übergeben), nicht rechtzeitig Hilfe bekommen könnten?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**: *Welche Symptome befürchten Sie dort zu bekommen?*

Beschreiben: _____

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

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN**: weiter zu Soziale Angststörung.

***1.5** *Vermieden oder fürchteten Sie diese Situationen, weil es schwierig gewesen wäre, im Falle panikähnlicher (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) oder peinlicher Symptome (Durchfall, Verlust der Blasenkontrolle, sich übergeben), die Situationen zu verlassen?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Welche Symptome befürchteten Sie dort zu bekommen?

Beschreiben: _____

***1.6** *Vermieden oder fürchteten Sie diese Situationen, weil Sie im Falle panikähnlicher (z. B. Benommenheit, Schwächeanfall, Angst zu sterben) oder peinlicher Symptome (z.B. Furcht vor dem Fallen bei älteren Menschen, Durchfall, sich übergeben) nicht rechtzeitig Hilfe hätten bekommen können?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Welche Symptome befürchteten Sie dort zu bekommen?

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.5. und 1.6: weiter zu Soziale Angststörung.

1.7 *Wann ist eine solche Angst zum letzten Mal aufgetreten?*

Datum (Mt./J.): _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.3, 1.4–1.6 und keine Anamnese von Panikstörung:
weiter zu Soziale Angststörung.

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

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

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

JA _____ NEIN _____

2.2 *Wer ist diese Person? / Wer sind diese Personen?*

- *3. Die folgende Liste soll eingesetzt werden, um das Vorliegen und die Anzahl gefürchteter Situationen einzuschätzen. Wird eine Situation gefürchtet, kann zur genauen Exploration zusätzlich gefragt werden, wie schwerwiegend die Angst in dieser Situation ist und wie häufig sie vermieden wird. Dies kann anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) kodiert werden:

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

Zusätzlich kann erfragt werden, wie stark diese Angst in Begleitung ist sowie der Aktivitätsspielraum bestimmt werden und beispielsweise notiert werden, wie weit sich die befragte Person alleine mit dem Auto außerhalb des Wohnortes bewegt. Diese Punkte können unter Kommentar notiert werden.

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

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

Ich werde Ihnen nun verschiedene Situationen nennen und Sie jeweils fragen, ob Sie in diesen Situationen Angst erleben oder diese vermeiden.

**Haben Sie Angst vor oder vermeiden Sie....*

Zusätzlich kann der Schweregrad erhoben werden anhand der folgenden Fragen:
(*Wie ausgeprägt ist Ihre Angst in folgenden Situationen?*)

(Wie häufig vermeiden Sie folgende Situationen?)

Kreuzen Sie Zutreffendes an.

	*Angst	*Vermeidung	Schwere- grad	Kom- mentar		
<u>(Öffentliche) Verkehrsmittel</u>						
*3.1 Autofahren?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.2 Busfahren?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.3 Zugfahren?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.4 Schifffahren?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.5 Fliegen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.6 Andere?: _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

Öffentliche Plätze

*3.7 Parkplätze?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.8 Marktplätze?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.9 Brücken?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.10 Andere?: _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

	*Angst	*Vermeidung	Schwere- grad	Kom- mentar
<u>Geschlossene Räume</u>				
*3.11 <i>Kino, Theater etc.?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.12 <i>Geschäfte/ Supermärkte?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.13 <i>Fahrstühle/ Lifte?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.14 <i>Geschlossene, enge Räume, Tunnel etc.?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.15 <i>Allein zu Hause sein?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.16 <i>Andere?:</i> _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
<u>Menschenmengen</u>				
*3.17 <i>Schlange stehen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.18 <i>Menschenansamm- lungen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*3.19 <i>Andere?:</i> _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____

*Angst

*Vermeidung

Schwere- Kom-
grad mentarDraußen alleine sein***3.20** *Aus dem Haus**gehen?*

*JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

***3.21** *Andere?:*

*JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

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

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

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig keine Hinweise auf klinisch relevante Angst oder Vermeidung in mind. zwei Situationsbereichen (3.1–3.21): weiter zu Soziale Angststörung.

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Beschreiben: _____

7. *Was tun Sie gewöhnlich, wenn Sie einen Panikanfall haben oder sehr ängstlich sind (z. B. flüchten, um Hilfe rufen, durchhalten, Orte vermeiden, an denen Angst entstehen könnte usw.)?*

Beschreiben: _____

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

8. Geschichte:

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

8.2 *Wo waren Sie?* _____

8.3 *Mit wem waren Sie zusammen?* _____

8.4 *Wie fing es an?* _____

8.5 *Was taten Sie?* _____

9. Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanz-induzierte Angststörung verursachen können.

9.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

9.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***10. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z. B. Morbus Crohn, Collitis Ulcerosa, Morbus Parkinson), die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Beginn (Lebensalter): _____

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

JA _____ NEIN _____

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

Beginn (Mt./J.): _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu Soziale Angststörung.

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

***13. Abklärung der Angemessenheit**

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

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Soziale Angststörung (Soziale Phobie)

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1 und **JA** bei 1.2 oder 1.3: weiter zu Frage 2.1

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Spezifische Phobie.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

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

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.2 und 1.3 und eindeutig **NEIN** bei 1.5 und 1.6: weiter zu Spezifische Phobie.

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

***2.1. Vermeiden Sie diese sozialen Situationen?**

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **NEIN**:

***2.2 Ertragen Sie diese nur unter großer Angst?**

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *3.** Die folgende Liste soll eingesetzt werden, um das Vorliegen und die Anzahl gefürchteter oder vermiedener sozialer Situationen einzuschätzen. Zusätzlich kann für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) eingeschätzt werden.

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

Notieren Sie unter der Spalte »Kommentar« ggf. weitere klinische Informationen (z. B. ob die Angst über dem in der Situation zu erwartenden Niveau liegt oder in einem kulturellen Kontext steht).

Ich werde Ihnen nun verschiedene Situationen nennen und Sie jeweils fragen, ob Sie in diesen Situationen Angst erleben oder diese vermeiden.

**Haben Sie Angst vor oder vermeiden Sie....*

Zusätzlich kann gefragt werden:

(Wie ausgeprägt ist Ihre Angst in folgenden Situationen?)

(Wie häufig vermeiden Sie folgende Situationen?)

	*Angst		*Vermeidung		Schwere- grad	Kom- mentar
*3.1 <i>Partys?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.2 <i>Treffen, Zusammenkünfte, Tagungen, Schule?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.3 <i>Essen in der Öffentlichkeit?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.4 <i>Benutzen öffentlicher Toiletten?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.5 <i>Mit vertrauten Personen sprechen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.6 <i>Vor einer Gruppe sprechen/ förmliches Sprechen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.7 <i>Auftritte?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.8 <i>Mit unvertrauten Personen sprechen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.9 <i>Vor anderen schreiben (Schecks unterschreiben, Formulare ausfüllen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.10 <i>Rendezvous, Verabredungs- situationen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

	*Angst	*Vermeidung	Schwere- grad	Kom- mentar
*3.11 <i>Mit Autoritätspersonen sprechen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.12 <i>Selbstsicher auftreten, z. B.:</i>				
(1) <i>unvernünftige Ansprüche zurückweisen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
(2) <i>andere bitten, ihr Verhalten zu ändern?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.13 <i>Ein Gespräch beginnen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.14 <i>Ein Gespräch aufrechterhalten?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.15 <i>Prüfungen?</i>				
(1) <i>mündlich?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
(2) <i>schriftlich?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.16 <i>Andere Situationen?</i>				
(1) _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
(2) _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

► Falls eindeutig keine Hinweise auf Angst/Vermeidung in sozialen oder Leistungssituationen: weiter zu Spezifische Phobie.

Bestimme, ob: Tritt die Angst ausschließlich in 3.6 und/oder 3.7 besonders im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit auf und/oder in 3.15, ist eine Soziale Angststörung mit der Zusatzcodierung „nur in Leistungssituationen“ zu vergeben.

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

Beginn (Mt./J.): _____

***4.2** Falls unklar: *Dauern diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu Spezifische Phobie.

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

Beschreiben:

(vorher): _____

(während): _____

(danach): _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Hinweis: An dieser Stelle bitte abklären, ob die Symptome nicht besser durch eine Agoraphobie zu erklären sind.

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

Kreuzen Sie an, welche Bedingungen erleichternd sind:

weiblich ___ *männlich* ___ *kein Unterschied* ___

älter ___ *jünger* ___ *kein Unterschied* ___

attraktiv ___ *weniger attraktiv* ___ *kein Unterschied* ___

verheiratet ___ *unverheiratet* ___ *kein Unterschied* ___

Freunde ___ *Fremde* ___ *kein Unterschied* ___

große Gruppe ___ *kleine Gruppe* ___ *kein Unterschied* ___

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

Andere:

Beschreiben: _____

*9. Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanz-induzierte Angststörung verursachen können.

*9.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***9.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

***10.** Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***11.** Ausschluss kultureller Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

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

12.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie diese*

Angst in sozialen oder Leistungssituationen erlebt haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***13. Abklärung der Angemessenheit**

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

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

15. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich in sozialen oder*

Leistungssituationen ängstlich fühlten oder diese Situationen vermieden?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Spezifische Phobie

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Generalisierte Angststörung.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Angst vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 12 überzugehen.

- *2. Die folgende Liste soll eingesetzt werden, um das Vorliegen von Angst vor spezifischen Objekten oder Situationen einzuschätzen. Zusätzlich kann für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) eingeschätzt werden.

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

Notieren Sie ggf. unter „Kommentar“ weitere wichtige klinische Informationen (z. B. Häufigkeit, mit der die gefürchtete Situation auftritt oder ob die Angst in einem soziokulturell akzeptierten Ausmaß auftritt).

Ich werde Ihnen im Folgenden einige Situationen, Objekte oder Tätigkeiten beschreiben und Sie jeweils fragen, ob Sie in diesen Situationen, bei diesen Tätigkeiten oder bei Konfrontation mit dem Objekt starke Angst haben oder haben würden und ob Sie die Situationen, Tätigkeiten oder Objekte vermeiden.

**Haben Sie starke Angst vor.....*

**Vermeiden Sie.....*

Zusätzlich kann gefragt werden:

(Wie stark ist Ihre Angst vor?)

(Wie häufig vermeiden Sie?)

	*Angst	*Vermeidung	Schwere- grad	Kom- mentar
<u>* Tiere:</u>				
Falls JA: Welche (z. B. Spinnen, Schlangen, Insekten, Hunde, usw.)?				
*2.1 Tier 1?:	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____

*2.2 Tier 2?:	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____

<u>Umwelt, z. B.:</u>				
*2.3 Höhen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*2.4 Stürme?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*2.5 Wasser?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*2.6 Sonstige Umwelt?:	_____ *JA _____	_____ *NEIN _____	_____ *JA _____	_____ *NEIN _____
<u>Blut, Spritzen oder Verletzungen, z. B.:</u>				
*2.7 Blut sehen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*2.8 Sie/jemand anderes erhält eine Spritze (Injektion)?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
*2.9 Ihnen/jemand anderem wird Blut abgenommen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____
<u>Situativ, z. B.:</u>				
*2.10 Flugzeuge?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____

	*Angst		*Vermeidung		Schwere- grad	Kom- mentar
*2.11 Aufzüge?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.12 enge geschlossene Räume?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.13 Sonstige Situationen? _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.14 Medizinische oder zahnärztliche Behandlungen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.15 Sich verschlucken, ersticken?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.16 Erbrechen?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.17 Sich anstecken?	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*2.18 Sonstiges? _____	*JA _____	*NEIN _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

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

► Falls eindeutig keine Hinweise für Angst oder Vermeidung in spezifischen Situationen: weiter zu Generalisierte Angststörung.

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu Ihrer Angst vor _____ stellen:

Hinweis: Die folgenden Fragen können für alle klinisch relevanten Ängste durchgegangen werden.

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

Beschreiben: _____

(vorher): _____

(während): _____

(danach): _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

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

Hinweis: Falls **JA** bei 4.3 oder 4.4, erwägen Sie, ob die Angst unter Panikstörung und/oder Agoraphobie subsummiert werden kann.

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

Beginn (Mt./J.): _____

***5.2** Falls unklar: *Dauern diese Angst und das Vermeidungsverhalten mindestens 6 Monate?*

JA _____ **NEIN** _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu Generalisierte Angststörung.

6. Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanzinduzierte Angststörung verursachen können.

6.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ **NEIN** _____

Falls **JA:**

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ **NEIN** _____

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

Falls **JA**:

6.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

7. Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9. Abklärung der Angemessenheit**

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

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

► Falls eine weitere bedeutsame Phobie vorliegt, wiederholen Sie die Fragen ab 4.1

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Generalisierte Angststörung

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

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

JA _____ NEIN _____

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

1.2 *Welche Sorgen/Ängste waren das?*

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls es Hinweise auf das Vorliegen einer aktuellen depressiven Störung gibt, sollte geklärt werden, ob die Sorgen schon vor dem Auftreten depressiver Symptome vorlagen. Die Diagnose einer Generalisierten Angststörung sollte nicht gestellt werden, wenn die erfragten Symptome ausschließlich im Rahmen depressiver Phasen erlebt werden.

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

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

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.4: weiter zu Störung mit Trennungsangst.

1.5 *Welche Sorgen/Ängste waren das?*

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1-1.3 und bei 1.4-1.6 und/oder keine Hinweise auf übermäßige/unkontrollierbare Angst und Sorge: weiter zu Störung mit Trennungsangst.

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

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

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

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

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

2.2 Welche Dinge sind das? _____

- *3. Die folgende Liste soll genutzt werden, um einen Überblick über verschiedene Sorgenbereiche zu bekommen. Falls gewünscht, kann ebenfalls die Ausprägung der Sorgen (Häufigkeit und Anspannung als kombiniertes Rating) sowie die erlebte (Un-)Kontrollierbarkeit der einzelnen Sorgenbereiche anhand der folgenden Skalen eingeschätzt werden.

Ausprägung:

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

Unkontrollierbarkeit:

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

Zusätzliche Fragen können nötig sein, um zu bestimmen, ob die berichteten Sorgen nicht in Zusammenhang mit einer anderen gleichzeitig bestehenden Störung (z. B. Panikstörung, Soziale Angststörung) stehen.

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

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

**Sorgen Sie sich über....*

Zusätzliche Fragen sind:

(Wie häufig sorgen Sie sich über _____?)

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

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

	Sorgen	Ausprä- gung	Unkontrollier- barkeit	Kommentar
*3.1 Familie?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____
*3.2 Arbeit oder Ausbildung?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____
*3.3 Finanzen?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____
*3.4 Eigene Gesundheit?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____
*3.5 Gesundheit nahe stehender Personen?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____
*3.6 Soziale/zwi- schenmenschliche Themen?	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____	_____

	Sorgen	Ausprä- gung	Unkontrollier- barkeit	Kommentar
*3.7 <i>Kleinere Angelegenheiten, alltägliche Probleme (z. B. Pünktlichkeit oder kleinere Reparaturen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.8 <i>Gesellschaft bzw. Weltgeschehen?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.9 <i>Sonstiges 1?</i> _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
*3.10 <i>Sonstiges 2?</i> _____	*JA _____	*NEIN _____	_____	_____

► Falls keine Hinweise auf übermäßige/unkontrollierbare Angst und Sorge in mind. 2 Bereichen: weiter zu Störung mit Trennungsangst.

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

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

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

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN**: weiter zu Störung mit Trennungsangst.

Falls **JA**:

***4.3** *Wann war das?*

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

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

_____ %

Hinweis: Bitte prüfen, ob die Sorgen übermäßig sind.

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

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

Die folgende Skala kann genutzt werden, um den Schweregrad einzuschätzen:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

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

*Symptom erfüllt? Schweregrad Mehrzahl der Tage

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

*6.2 *Leichte Ermüdbarkeit* *JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

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

*6.4 *Reizbarkeit* *JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

*6.5 *Muskelspannung* *JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

*6.6 *Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen, unruhiger oder oberflächlicher Schlaf* *JA _____ *NEIN _____ *JA _____ *NEIN _____

► Falls weniger als drei Symptome aus 6.1–6.6 erfüllt sind (wobei mindestens einige Symptome an der Mehrzahl der Tage vorliegen müssen): weiter zu Störung mit Trennungsangst.

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

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

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

Sorgenbewältigung 1: _____

Sorgenbewältigung 2: _____

Explorieren Sie für jeden Sorgenbewältigungsversuch:

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

Schätzen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala ein:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Sorgenbewältigung 1: _____ (0–3)

Sorgenbewältigung 2: _____ (0–3)

***9. Ausschluss von Substanzeffekten:**

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanzinduzierte Angststörung verursachen können.

***9.1** *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

***9.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

***10. Ausschluss organischer Ursachen:**

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Störung mit Trennungsangst

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.2 *Welche Personen sind das?*

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.4 *Welche Personen waren das?*

Beschreiben: _____

Falls JA:

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

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

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu Manische/Hypomane Episode.

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

- *2.** Stellen Sie die folgenden Fragen, um das Vorliegen andauernder und übermäßiger Symptome einzuschätzen. Sie können zusätzlich für jede Situation die Stärke der Angst und das Ausmaß der Vermeidung anhand der folgenden Skalen einschätzen.

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

Ich werde Ihnen im Folgenden einige Situationen beschreiben und Sie jeweils fragen, ob Sie in den Situationen leiden und ob Sie diese Situationen vermeiden.

Symptom erfüllt? Angst Vermeidung

***2.1** Fürchten Sie es, von zu Hause

*oder einer wichtigen Bezugsperson
(z. B. Partner, Kind) getrennt zu sein?
Vermeiden Sie dies? (Wie ausgeprägt
ist Ihre Angst/wie oft vermeiden
Sie dies?)*

***JA** _____ ***NEIN** _____

***2.2** Leiden Sie unter der Angst, eine

*wichtige Bezugsperson zu verlieren
bzw. dass dieser etwas zustoßen könnte
(z. B. Krankheit, Verletzung, Unglück,
Tod) (Wie ausgeprägt ist Ihre Angst?)*

***JA** _____ ***NEIN** _____

- | | Symptom erfüllt? | Angst | Vermeidung |
|--|------------------|-------------|------------|
| <p>*2.3 <i>Leiden Sie unter der Angst, dass ein unerwünschtes Ereignis (z. B. Entführung, Unfall, Krankheit) zu einer plötzlichen Trennung von einer wichtigen Bezugsperson führt? (Wie ausgeprägt ist Ihre Angst?)</i></p> | *JA _____ | *NEIN _____ | _____ |
| <p>*2.4 <i>Wie sehr fürchten Sie es, aus dem Haus zu gehen, um zur Schule, Arbeit oder woanders hinzugehen? Vermeiden Sie dies? (Wie ausgeprägt ist Ihre Angst/wie oft vermeiden Sie dies?)</i></p> | *JA _____ | *NEIN _____ | _____ |
| <p>*2.5 <i>Fürchten Sie es, alleine ohne eine wichtige Bezugsperson zu Hause bzw. an einem anderen Ort zu sein? Vermeiden Sie dies? (Wie ausgeprägt ist Ihre Angst/wie oft vermeiden Sie dies?)</i></p> | *JA _____ | *NEIN _____ | _____ |
| <p>*2.6 <i>Fürchten Sie es, woanders als zu Hause zu schlafen oder ohne eine wichtige Bezugsperson in der Nähe zu schlafen? Vermeiden Sie dies? (Wie ausgeprägt ist Ihre Angst/wie oft vermeiden Sie dies?)</i></p> | *JA _____ | *NEIN _____ | _____ |
| <p>*2.7 <i>Leiden Sie unter Alpträumen über Trennungssituationen? (Wie sehr leiden Sie darunter? Wie oft treten diese Träume auf?)</i></p> | *JA _____ | *NEIN _____ | _____ |

Symptom erfüllt? Angst Vermeidung

***2.8** *Leiden Sie unter körperlichen Symptomen*

(z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen), wenn Sie von einer wichtigen Bezugsperson getrennt werden oder dies befürchten? (Wie sehr leiden Sie darunter? Wie oft treten diese Beschwerden auf?)

*JA _____ *NEIN _____

▶ Falls weniger als drei Symptome bei 2.1–2.8 erfüllt sind: weiter zu Manische/Hypomane Episode.

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

JA _____ NEIN _____

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

Beginn (Mt./J.): _____

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

JA _____ NEIN _____

▶ Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu Manische/Hypomane Episode.

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

5. Geschichte

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

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

5.3 *Wo waren Sie?* _____

5.4 *Wie fing es an?* _____

5.5 *Was taten Sie?* _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7. Abklärung der Angemessenheit**

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

JA _____ NEIN _____

8. Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanzinduzierte Angststörung verursachen können.

8.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

8.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

9. Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Bipolare und verwandte Störungen

Manische Episode/Hypomane Episode – 79

Manische Episode/Hypomane Episode

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

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

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1.1: weiter zu Persistierende Depressive Störung.

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

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

***2.** Explorieren Sie das Vorliegen von Symptomen mit der folgenden Frage:

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

Falls unklar: *Wie ausgeprägt haben Sie die folgenden Symptome erlebt?*

Falls gewünscht, können Sie den Schweregrad anhand der folgenden Skalen einschätzen:

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

Hinweis: Notieren Sie nur Symptome, die anhaltend über mindestens 1 Woche (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer) für eine Manische Episode oder mindestens 4 aufeinander folgende Tage für eine Hypomane Episode auftreten und die in deutlichem Ausmaß vorliegen bzw. eine deutliche Verhaltensveränderung darstellen.

	*Symptom vorhanden?	Häufigkeit	Schweregrad
*2.1 <i>Ungewöhnliche Reizbarkeit oder Erregbarkeit?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.2 <i>Extreme Hochstimmung oder Überschwang?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.3 <i>Das Gefühl, Sie seien eine ganz besondere Person oder Sie hätten besondere Kräfte und Fähigkeiten (überhöhtes Selbstwertgefühl, Größenideen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.4 <i>Das Gefühl, deutlich weniger Schlaf als üblich zu brauchen (z. B. nach nur 3 Stunden Schlaf ausgeruht zu sein)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.5 <i>Dass Sie gesprächiger waren als sonst oder andere Mühe hatten, Ihrem Gespräch zu folgen oder zu Wort zu kommen (vermehrte Gesprächigkeit, Rededrang)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____

*Symptom vorhanden? Häufigkeit Schweregrad

***2.6** *Dass Ihnen Ihre Gedanken durch den Kopf rasten oder Sie andauernd neue Ideen hatten (Ideenflucht, subjektive Erfahrung des Gedankenjagens)?* *JA _____ *NEIN _____ _____ _____

***2.7** *Dass Sie ungewöhnlich aktiv oder ausgesprochen ruhelos waren (z. B. gesteigerte Betriebsamkeit in sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereichen oder psychomotorische Unruhe)?* *JA _____ *NEIN _____ _____ _____

***2.8** *Dass Sie ungewöhnlich oft und ausgeprägt Aktivitäten nachgingen, die mit großer Wahrscheinlichkeit unangenehme Folgen haben (z. B. ungehemmter »Kaufrausch«, törichte Investitionen, problematisches Sexualverhalten)?* *JA _____ *NEIN _____ _____ _____

***2.9** *Dass Sie sehr leicht ablenkbar waren?* *JA _____ *NEIN _____ _____ _____

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

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

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

JA _____ NEIN _____

Anzahl Tage: _____

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

JA _____ NEIN _____

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

*5. Ausschluss von Substanzeffekten:

*5.1 *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***5.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Bipolaren Störung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

***6.** Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA**:

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

(Mt./J.) _____

7.3 *Wie lange hielten diese Erfahrungen an?* _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls Nein bei 8.1. und 8.2.: weiter zu Frage 10.

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

Falls **JA bei 8.2.**, sollten beim Vorliegen von ausschließlich Hypomanen Episoden die Fragen zur Major Depression vorgezogen werden (für das Vorliegen einer Bipolar II Störung sind sowohl mind. 1 Hypomane als auch mind. 1 Major Depression- Episode gefordert) und erst dann die folgenden Fragen gestellt werden. Falls mind. 1 Manische Phase aufgetreten ist, kann mit den Fragen fortgefahren werden. Das Vorliegen von Major Depression Episoden sollte dennoch im Verlauf des Interviews abgeklärt werden. Der zeitliche Verlauf der Symptome sollte mit der Stimmungsverlaufskurve auf Seite 104 nachvollzogen werden.

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

- *9. *Haben Sie schon mehrmals solche Phasen einer Hochstimmung bzw. Gereiztheit neben einer anderen Phase durchlebt, in der Sie sich mindestens zwei Wochen lang fast täglich und für die meiste Zeit des Tages depressiv, traurig und hoffnungslos gefühlt haben oder Sie weniger Interesse oder Freude bei Ihren alltäglichen Aktivitäten hatten?*

JA _____ NEIN _____

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

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

JA _____ NEIN _____

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

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

Beginn (Lebensalter): _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Haben diese Symptome Ihr Urteilsvermögen beeinträchtigt?

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Beeinträchtigung des Urteilsvermögens: _____ (0–8)

Ärztliche Aufsicht: JA _____ NEIN _____

Selbst-/Fremdgefährdung: JA _____ NEIN _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Depressive Störungen

Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung) – 90

Major Depression – 97

Persistierende Depressive Störung (Dysthyme Störung)

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

***1.1** *Haben Sie im Laufe der vergangenen 2 Jahre an der Mehrzahl aller Tage erlebt, dass Sie sich die meiste Zeit des Tages niedergeschlagen oder depressiv fühlten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.4: weiter zu Major Depression.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 10 überzugehen.

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

***2.** *Gab es mehr »depressive Tage« als »nichtdepressive Tage«?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 2 : weiter zu Major Depression.

***3.** Erfragen Sie das Vorliegen von Symptomen anhand der folgenden Frage:

Haben Sie an der Mehrzahl der Tage folgende Symptome erlebt?

Falls gewünscht, kann der Schweregrad anhand der folgenden Skala eingeschätzt werden:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

(Als wie schwerwiegend haben Sie diese Symptome erlebt?)

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

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

Zunahme Abnahme

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

Insomnie Hypersomnie

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

***JA** _____ ***NEIN** _____

Schweregrad: _____

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

JA _____ **NEIN** _____

Falls **JA**:

4.2 *Wann war das?*

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

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

► Falls **JA** bei 4.1: weiter zu Major Depression.

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

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

Klären sie das Vorliegen einer oder mehrerer Major Depression Episoden im Verlauf des Interviews ab. Nutzen Sie die Stimmungsverlaufskurve auf Seite 104 um den zeitlichen Verlauf der Symptome nachzuvollziehen.

Falls **JA**:

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Dauer: _____

► Falls eindeutig weniger als zwei Symptome erfüllt sind (3.1–3.6) oder es eine Unterbrechung von 2 Monaten gab: weiter zu Major Depression.

***6.** Ausschluss von Substanzeffekten:

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***6.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten depressiven Störung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***7.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Beginn (Mt./J.): _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Stellen Sie sicher, dass während der beschriebenen Episode von mindestens 2 Jahren zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer Manischen/Hypomanen Episode (S. 79) oder Zylothymen Störung (die Kriterien sind dem DSM-5 auf S. 189 zu entnehmen) erfüllt waren.

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

Major Depression

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

Falls eine Persistierende Störung vorliegt, sollte in dieser Sektion geklärt werden, ob die für die Erfüllung der Major Depression geforderten Symptome über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren bestehen. In diesem Fall liegt eine Persistierende Depressive Störung „mit persistierender Episode einer Major Depression“ vor. Bestehen aktuell die für die Erfüllung der Major Depression geforderten Symptome, aber es gab Phasen von mindestens 8 Wochen in den letzten 2 Jahren, in denen die Symptome unter der für die Major Depression notwendigen Schwelle vorlagen, liegt dann eine Persistierende Depressive Störung „mit intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode“ vor, wenn über die Dauer von zwei Jahren für die meiste Zeit Symptome der Persistierenden Depressiven Störung vorlagen. Werden die Kriterien der Major Depression aktuell nicht erfüllt, aber es lag mindestens 1 Episode einer Major Depression in den vergangenen 2 Jahren während der Persistierenden Depressiven Störung vor, ist eine Persistierende Depressive Störung mit „intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne aktuelle Episode“ zu vergeben.

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

***1.4** *Gab es während dieser 2 Wochen mehr Tage, an denen Sie das Interesse bzw. die Freude an Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben, als Tage, an denen Sie sich für Ihre üblichen Aktivitäten interessierten bzw. Freude daran hatten?*

JA _____ NEIN _____

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

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **JA** bei 1.1 und 1.3: weiter zu Frage 2. Falls **JA** bei 1.1 und 1.3, aber beides nicht für die meiste Zeit bestand: weiter zu Frage 1.6 und dabei abklären, ob diese Phase 2 Wochen oder länger andauerte. Ist dies nicht der Fall: weiter zu Zwangsstörung.

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

*1.9 *Gab es während dieser 2 Wochen mehr Tage, an denen Sie das Interesse bzw. die Freude an Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben, als Tage, an denen Sie sich für Ihre üblichen Aktivitäten interessierten bzw. Freude daran hatten?*

JA _____ NEIN _____

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.6 und 1.8, oder beides nicht für die meiste Zeit bestand: weiter zu Zwangsstörung.

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

JA _____ NEIN _____

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

Hinweis: Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle oder letzte Episode, in der Niedergeschlagenheit oder Interessenverlust über mindestens 2 Wochen aufgetreten ist. Falls der Verdacht besteht, dass die Symptome nicht schwerwiegend genug sind oder waren, empfiehlt es sich, zunächst die schwerste Episode zu explorieren.

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen über die 2 Wochen stellen, an denen Sie sich depressiv gefühlt bzw. an denen Sie Interesse oder Freude an den üblichen Tätigkeiten verloren haben.

- *2.** Klären Sie das Vorliegen der Symptome anhand der folgenden Frage: *Sind in den beschriebenen 2 Wochen die folgenden Symptome für die meiste Zeit bei Ihnen aufgetreten?*

Falls gewünscht, kodieren Sie den Schweregrad anhand der folgenden Skala.

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

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

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

Zunahme Abnahme

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

... oder hat sich Ihr Appetit deutlich verändert?

Steigerung Minderung

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

Insomnie Hypersomnie

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

***2.3** *Waren Sie an fast jedem Tag unfähig, still zu sitzen oder so verlangsamt, dass Sie sich kaum bewegen konnten oder kaum ein Gespräch führen konnten? Haben das auch Andere bemerkt?*

Psychomotorische Erregung Hemmung

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

*JA _____ *NEIN _____

Schweregrad: _____

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

***JA** _____ ***NEIN** _____

Schweregrad: _____

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

***JA** _____ ***NEIN** _____

Schweregrad: _____

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

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

***JA** _____ ***NEIN** _____

Schweregrad: _____

► Falls ja bei 2.7: Erfassen Sie die Kriterien der Suizidalen Verhaltensstörung (S. 277) nach der Beendung der Kategorie der Major Depression und führen Sie das Interview danach fort bzw. bei akuter Suizidalität folgen Sie den medizinischen Entscheidungshilfen (SOPs) Ihrer Einrichtung zu suizidalem Verhalten bei Patienten.

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

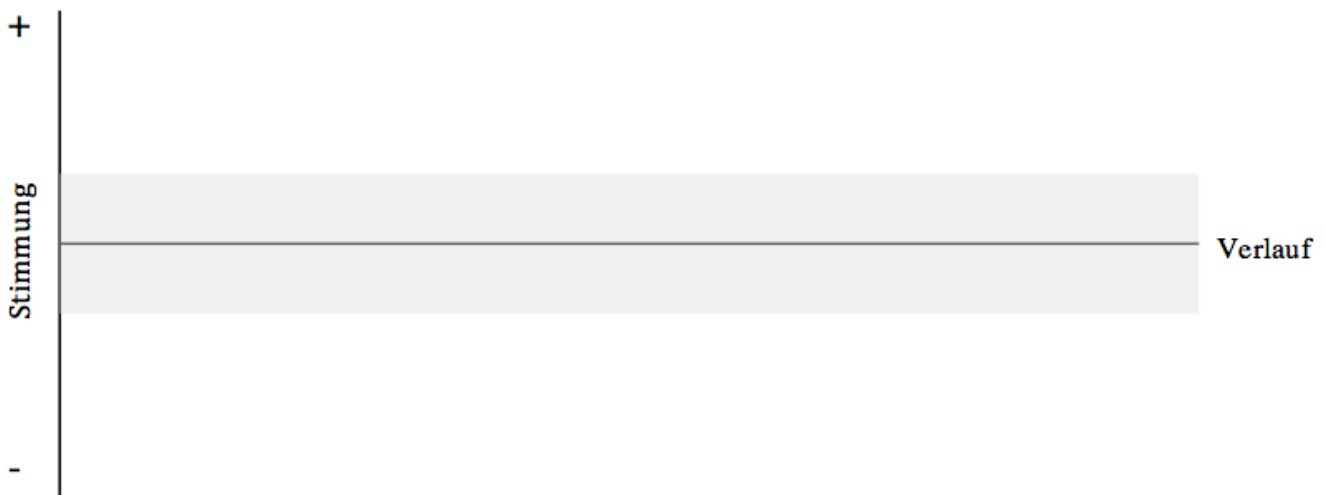
***3.** *Haben Sie schon mehrmals solche Episoden durchlebt?*

JA _____ NEIN _____

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

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

Falls jemals die Kriterien für eine oder mehrere Hypomane oder Manische Phasen oder für eine Persistierende Depressive Störung erfüllt waren, zeichnen Sie diese ebenfalls hier ein.



Erste Episode: von _____ bis _____

Schwerste Episode: von _____ bis _____

Weitere Episoden: von _____ bis _____

Letzte Episode: von _____ bis _____

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

Bestimme, ob: Wenn aktuell weniger als 5 und dennoch bedeutsame Symptome einer vorangegangenen Episode der Major Depression vorhanden sind oder die aktuelle Phase der Symptombefreiheit kürzer als 2 Monate ist, liegt eine Major Depression in „teilweiser Remission“ vor. Eine „volle Remission“ liegt dann vor, wenn in einer Phase von mindestens 2 Monaten keine bedeutsamen depressiven Symptome oder Beeinträchtigungen vorlagen.

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

***4. Ausschluss von Substanzeffekten:**

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***4.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ **NEIN** _____

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten depressiven Störung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***5.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

***6.** Erfassung von Wahn und Halluzinationssymptomen:

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

JA _____ **NEIN** _____

Falls **JA**:

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

JA _____ **NEIN** _____

6.2 *Wie lange blieben diese Symptome bestehen?* _____

Falls 6.2 nicht konkret beantwortbar:

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

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Falls Hinweise bzgl. Wahn oder Halluzinationen bestehen, sollte die Diagnose einer schizoaffektiven Störung erfragt werden (vgl. Psychoscreening auf S. 268). Falls Wahn oder Halluzinationen länger als 2 Wochen in Abwesenheit von depressiven oder manischen Symptomen auftreten, liegt eine schizoaffektive Störung vor. Hinweise zur Abklärung einer schizoaffektiven Störung können dem DSM-5 (S. 142) entnommen werden.

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

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

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

Beginn (Mt./J.): _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Zwangsstörung und verwandte Störungen

Zwangsstörung – 110

Körperdysmorphie Störung – 128

Zwangsstörung

Zwangsgedanken

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

Ich meine damit z.B., dass Sie immer wieder denken müssen, Sie könnten jemanden verletzen oder vergiften, obwohl Sie das gar nicht möchten, dass Sie sich mit Krankheiten anstecken könnten oder ob Türen abgeschlossen und Geräte abgeschaltet sind. Oder dass Sie blasphemische oder abstoßende Gedanken, magisches oder abergläubisches Denken oder den Drang haben, irgendetwas in der Öffentlichkeit auszurufen, was Sie eigentlich nicht möchten.

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Zwangshandlungen.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Zwangsgedanken vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzu-
gehen.

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

Beschreiben: _____

*3. Symptomratings: Zwangsgedanken

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Gedanken nennen, die sich manchen Menschen aufdrängen. Ich werde Sie bitten, mir zu sagen, ob sich Ihnen diese Gedanken immer wieder aufdrängen und Sie ängstigen oder belasten.

Zusätzlich können die Angst/Belastung (kombiniertes Rating) und der Widerstand gegen die Zwangsgedanken erfragt werden und anhand dieser Skala kodiert werden.

Ängstlichkeit/ Belastung:

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

Widerstand:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

(Wie ängstlich sind Sie, wenn Sie an ____ denken?)

Oder: Wie belastend ist es für Sie, wenn Sie an _____ denken?)

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

	Symptom erfüllt?	Ängstlichkeit/ Belastung	Widerstand
*3.1 <i>Verunreinigung (z. B. durch Bakterien von Türgriffen, Toiletten, Geld)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.2 <i>Befürchtungen für Unheil anderer verantwortlich zu sein (z. B. Unfall, Erkrankung)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.3 <i>Sexuelle Impulse (z. B. obszöne Gedanken oder Vorstellungen)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.4 <i>Religiöse Impulse (z. B. blasphemische Gedanken/ Impulse)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.5 <i>Entsetzliche Vorstellungen (z. B. Horrorszenen oder -bilder)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.6 <i>Gewaltvorstellungen (z. B. andere zu schlagen, etwas zerstören, verletzen, vergiften)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.7 <i>Sinnlose Gedanken oder Vorstellungen (z. B. dass sich bestimmte Zahlen oder Worte aufdrängen)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.8 <i>Andere?:</i> _____	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____

- Falls eindeutig keine Hinweise auf Zwangsgedanken: weiter zu Zwangshandlungen.

Falls mehr als zwei Zwangsgedanken genannt werden:

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

Führen Sie die wichtigsten aktuellen Zwangsgedanken auf:

1. _____

2. _____

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

Fragen Sie für die wichtigsten aktuellen Zwangsgedanken:

- *5.1. *Versuchen Sie, die Gedanken an _____ durch Ignorieren oder Unterdrücken loszuwerden? Oder versuchen Sie, diese Gedanken durch andere Gedanken oder Handlungen zu neutralisieren bzw. unschädlich zu machen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Anzahl Stunden: _____

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

JA _____ NEIN _____

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

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

Überprüfen Sie Ideen von Gedankeneingebung oder von außen auferlegten Impulsen.

Beschreiben: _____

Falls Hinweise auf Gedankeneingebung vorliegen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Beschreiben: _____

Vermeidung:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Überzeugung:

***9.1** Falls auf die Befürchtung zutreffend: *Während Sie durch _____ geplagt werden, wie stark glauben Sie dann daran, dass das, was Sie denken, wahr ist (z. B. dass Sie wirklich jemanden mit dem Auto angefahren haben) bzw. dass Sie wirklich die Handlung ausführen werden?*

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

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

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

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

Falls unter 5.1. Zwangshandlungen berichtet wurden, bitte mit der Sektion Zwangshandlungen (15.1.) fortfahren. Falls unter 5.1. keine Zwangshandlungen berichtet wurden, bitte mit Frage 10 fortfahren.

Hinweis: Das DSM-5 nennt Amphetamine (Stimulanzien) und Kokain als Substanzen, die Zwangssymptome auslösen können.

***10. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***10.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

***10.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Zwangsstörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***11. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (Belastung oder Vergiftung durch Schwermetalle) oder Erkrankungen (z. B. Schädigung des Striatums, Chorea Sydenham) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***12.** Falls unter 5.1. Zwangshandlungen berichtet wurden, bitte mit der Sektion Zwangshandlungen (15.1.) fortfahren. Falls keine Zwangshandlungen berichtet wurden:

Wie stark werden Sie durch diese aufdringlichen oder ungewollten Gedanken, Impulse oder Vorstellungen in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Zwangshandlungen

***14.1** Falls Zwangsgedanken bereits berichtet wurden: *Sie haben mir eben berichtet, dass Sie unter Gedanken an _____ leiden und deswegen _____ tun, um diese Gedanken zu neutralisieren bzw. zu verhindern, dass _____ eintritt. Können Sie mir das genauer beschreiben? Fühlen Sie sich darüber hinaus getrieben, andere Handlungen, Gedanken oder Rituale häufig zu wiederholen, damit Sie sich besser fühlen oder um etwas zu verhindern, vor dem Sie sich fürchten? Beispiele hierfür wären etwas immer wieder zu waschen, Dinge zu zählen, etwas wiederholt zu kontrollieren (z. B. Türen oder Geräte) oder Wege zu wiederholen oder abzusuchen?*

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 14.1: weiter zu Frage 15.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 14.1 und 14.2 und eindeutig keine Zwangsgedanken vorliegen: weiter zu Körperdysmorphie Störung.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Zwangshandlungen vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 28 überzugehen.

*15. Checkliste: Zwangshandlungen

Erfragen Sie Art und Weise möglicher Zwangshandlungen anhand der folgenden Liste. Falls gewünscht, kodieren Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

*Fühlen Sie sich häufig zu folgenden Handlungen oder Gedanken getrieben?
(Wie häufig fühlen Sie sich getrieben, Handlungen oder Gedanken wie _____ durchzuführen?)*

Hinweis: Wenn die Antwort auf eine der nachfolgend aufgeführten Fragen besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden kann, vergeben Sie Nein.

	Symptom vorhanden?	Häufigkeit	Kommentar
--	--------------------	------------	-----------

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

*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
-----------	-------------	-------	-------

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

*JA _____	*NEIN _____	_____	_____
-----------	-------------	-------	-------

	Symptom vorhanden?	Häufigkeit	Kommentar
*15.3 <i>In Gedanken Handlungen immer wieder kontrollieren?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.4 <i>Waschen oder Reinigen?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.5 <i>Sammeln (z. B. Zeitungen, Müll, belanglose Gegenstände)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.6 <i>Internes Wiederholen (z. B. Redewendungen, Wörter, Gebete)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.7 <i>Festhalten an bestimmten Regeln oder Abfolgen (z. B. Symmetrien herstellen, Rituale, Festhalten an einer bestimmten Routine bei alltäglichen Aktivitäten)?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.8 <i>Haare ausreißen?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.9 <i>Sonstige 1?: _____</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*15.10 <i>Sonstige 2?: _____</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____

► Falls eindeutig keine Hinweise für Zwangshandlungen vorliegen: weiter zu Körperdysmorphie Störung.

Hinweis: Falls **JA** bei 15.5 oder 15.8 können zur Abklärung von Pathologischem Horten bzw. Trichotillomanie Hinweise dem DSM-5 (S. 337 bzw. S. 342) entnommen werden.

Falls mehr als zwei Zwangshandlungen genannt werden:

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

Beschreiben: _____

Führen Sie die wichtigsten Zwangshandlungen auf.

1. _____

2. _____

***17.1** Falls ausschließlich Zwangshandlungen:

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

Anzahl Stunden: _____

Falls sowohl Zwangsgedanken als auch -handlungen:

Wie viele Stunden pro Tag haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats Gedanken an _____ gehabt und die beschriebenen Handlungen ausgeführt?

Anzahl Stunden: _____

***17.2** Falls unklar: *Verbringen Sie typischerweise mindestens eine Stunde pro Tag mit dem Durchführen dieser Handlungen (und den Gedanken an _____)?*

JA _____ NEIN _____

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

18. Widerstand

Wie oft können Sie der Ausführung dieses Verhaltens widerstehen?

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

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Widerstand: (0–3) _____

19. Ängstlichkeit/Belastung

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

Ängstlichkeit bzw. Belastung: (0–3) _____

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

Beschreiben: _____

20. Vermeidung

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

***21. Überzeugung:**

***21.1** Während Sie durch ____ geplagt werden, wie stark glauben Sie dann daran, dass das, was Sie befürchten, wirklich geschehen wird (z. B. dass Sie sich infizieren, wenn Sie sich nicht die Hände waschen, dass etwas Schlimmes passiert, wenn Sie sich nicht an Rituale halten oder nicht mehrfach kontrollieren, ob die Tür abgeschlossen ist)?

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

***21.2** Wie stark glauben Sie zu Zeiten, in denen ____ sich nicht aufdrängt (wie vielleicht jetzt), dass dies wirklich geschehen wird?

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

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

***22. Abklärung der Angemessenheit**

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

JA _____ NEIN _____

***23. Ausschluss von Substanzeffekten:**

Hinweis: Das DSM-5 nennt Amphetamine (Stimulanzen) und Kokain als Substanzen, die Zwangssymptome auslösen können.

***23.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgend-eine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

***23.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Zwangsstörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

***24.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen (z.B. Belastung oder Vergiftung durch Schwermetalle) oder Erkrankungen (z. B. Schädigung des Striatums, Chorea Sydenham) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA**: weiter zu Frage 26.

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

JA _____ NEIN _____

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

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

Beginn (Lebensalter): _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***28.** Falls nur Zwangshandlungen:

Wie stark werden Sie durch diese sich wiederholenden Handlungen oder Verhaltensweisen in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Falls sowohl Zwangsgedanken als auch -handlungen:

Wie stark werden Sie durch diese sich aufdrängenden Gedanken an _____ und die sich wiederholenden Handlungen oder Verhaltensweisen in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Körperdysmorphie Störung

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

Falls der Verdacht auf eine Essstörung besteht, klären Sie, ob die genannten Körperbereiche hauptsächlich im Rahmen einer Körperschemastörung als negativ wahrgenommen werden. In diesem Fall klären Sie zunächst die Verdachtsdiagnose einer Anorexia oder Bulimia Nervosa.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- ▶ Falls **NEIN** bei 1.3: weiter zu den Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- ▶ Falls **NEIN** bei 1.1–1.4: weiter zu den Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen.

- ▶ Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Beschäftigung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 10 überzugehen.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls aktuell kein Kontrollverhalten vorliegt, prüfen Sie, ob dies im Verlauf der Störung vorlag und beziehen Sie Ihre Fragen auf diese Zeit.

- ▶ Falls **NEIN** bei 2.1 weiter zu den Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.** *Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Körperbereichen nennen und Sie bitten, mir zu sagen, ob Sie diesen Körperbereich als Makel wahrnehmen bzw. sich für diesen Körperbereich schämen.*

Hinweis: Falls gewünscht, kann auch das Ausmaß des Kontrollverhaltens und das Ausmaß von Schamgefühlen erfragt und kodiert werden.

(Wie stark ist Ihre Scham bzgl. der folgenden Körperbereiche?)

(Wie häufig kontrollieren Sie folgende Körperbereiche?)

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

	Symptom erfüllt?	Scham	Kontrolle
*3.1 <i>Haut?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.2 <i>Haare?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.3 <i>Gesicht?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.4 <i>Zähne?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.5 <i>Gewicht?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____

	Symptom erfüllt?	Scham	Kontrolle
*3.6 <i>Bauch?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.7 <i>Hüfte?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.8 <i>Brust?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.9 <i>Beine?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.10 <i>Körperstatur?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.11 <i>Muskulatur?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.12 <i>Po?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*3.13 <i>Sonstige?:</i> _____	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____

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

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

Anzahl Stunden: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

***6.2** Abklärung der Angemessenheit

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

JA _____ NEIN _____

7. Ausschluss von Substanzeffekten:

7.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgend-eine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA:**

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

7.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Zwangsstörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

8. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor die Symptomatik begonnen hat oder seitdem sie besteht besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Trauma- und belastungsbezo- gene Störungen

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen – 136

Posttraumatische Belastungsstörung – 140

Akute Belastungsstörung – 150

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen

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

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

***1.1 Körperlicher Angriff im Erwachsenenalter**

JA _____ NEIN _____

***1.2 Körperliche Misshandlung im Kindesalter**

JA _____ NEIN _____

***1.3 Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter**

JA _____ NEIN _____

***1.4 Sexuelle Grenzüberschreitung oder Missbrauch im Kindesalter**

JA _____ NEIN _____

***1.5 Naturkatastrophe (z. B. schweres Erdbeben, Hurrikan, Tsunami)**

JA _____ NEIN _____

***1.6 Feuer, Explosion**

JA _____ NEIN _____

***1.7 Schwerer Verkehrsunfall**

JA _____ NEIN _____

***1.8 Schwerer Arbeitsunfall**

JA _____ NEIN _____

***1.9 Schwerer anderer Unfall (z. B. zu Hause oder in der Freizeit)**

JA _____ NEIN _____

***1.10 Bedrohung mit einer Waffe**

JA _____ NEIN _____

*1.11 *Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet*

JA _____ NEIN _____

*1.12 *Gefangenschaft (z. B. Geiselnahme, politische Gefangenschaft)*

JA _____ NEIN _____

*1.13 *Lebensbedrohliche Krankheit*

JA _____ NEIN _____

*1.14 *Berufliche Konfrontation mit grausamen Details*

(z. B. auf Bildern oder in Videoaufnahmen)

JA _____ NEIN _____

Haben Sie jemals eines der folgenden Ereignisse selbst erlebt?

*1.15 *Starkes Leid eines anderen Menschen*

JA _____ NEIN _____

*1.16 *Schwere Verletzung, Bedrohung oder Tod einer anderen Person*

JA _____ NEIN _____

*1.17 *Schwere Verletzung oder Bedrohung einer nahestehenden Person*

JA _____ NEIN _____

*1.18 *Überraschender Unfalltod einer nahestehenden Person*

JA _____ NEIN _____

*1.19 *Anderes belastendes Ereignis:* _____

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

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

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

Beschreiben: _____

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

Erstes Ereignis: Alter: _____

Weitere Ereignisse: Alter: _____

Letztes Ereignis: Alter: _____

Das am stärksten beeinträchtigende Ereignis: Alter: _____

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

Hinweis: Wurden mehrere traumatische Ereignisse erlebt, von denen mindestens eines innerhalb des letzten Monats erlebt wurde sowie eines vor mehr als einem Monat, sollten sowohl die »Posttraumatische Belastungsstörung« (S. 140) als auch die »Akute Belastungsstörung« (S. 150) abgeklärt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, auf welches Ereignis sich die jeweiligen Symptome beziehen.

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

JA _____ NEIN _____

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

Beschreiben: _____

► Falls nur ein Trauma erlebt wurde und dieses Trauma nicht länger als einen Monat zurück liegt: weiter zu Akute Belastungsstörung.

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

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

Posttraumatische Belastungsstörung

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Erleben des traumatischen Ereignisses vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst folgende Frage zu stellen:

Leiden Sie seit dem Ereignis immer wieder unter wiederkehrenden Erinnerungen an das Ereignis, träumen Sie wiederholt von dem Ereignis oder handeln/fühlen Sie sich so, als wären Sie wieder in der Situation? Fühlten Sie sich ganz unwirklich? Oder haben Sie Schlafprobleme, Schwierigkeiten, Freude zu empfinden, sind Sie reizbar oder schreckhaft? Versuchen Sie, es zu vermeiden, an das Ereignis erinnert zu werden? Wie stark werden Sie durch diese Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

Falls **NEIN**:

Klären Sie ggf. Hinweise auf das Vorliegen einer PTBS in der Vergangenheit:

Litten Sie nach dem Ereignis immer wieder unter wiederkehrenden Erinnerungen an das Ereignis, träumten Sie wiederholt von dem Ereignis oder handelten/fühlten Sie sich so, als wären Sie wieder in der Situation? Fühlten Sie sich ganz unwirklich? Oder hatten Sie Schlafprobleme, Schwierigkeiten, Freude zu empfinden, waren Sie reizbar oder schreckhaft? Versuchten Sie, es zu vermeiden, an das Ereignis erinnert zu werden? Wie stark wurden Sie durch diese Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark waren Sie dadurch belastet?

► Falls kein Hinweis auf PTBS weiter zu Somatische Belastungsstörung.

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

*1. Symptome des Wiedererlebens (mindestens 1 Symptom)

Nehmen Sie bei den Symptomen gegebenenfalls deren spezifische Natur wie z. B. Hinweisreize, die das mit dem Ereignis verbundene Leiden auslösen, auf. Benutzen Sie die Spalte Kommentar, um ggf. klinisch relevante Informationen zu notieren (z. B. Dauer der Symptome). Falls gewünscht, können Sie die folgende Skala nutzen, um Häufigkeit und Schweregrad (kombiniertes Rating) zu kodieren:

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

Litten Sie darunter, dass Sie...

Haben Sie jemals nach einem traumatischen Ereignis einen Monat oder länger darunter gelitten, dass Sie...

(Wie oft haben Sie die folgenden Symptome seit dem Trauma erlebt? In welchem Ausmaß haben Sie die folgenden Symptome erlebt?)

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

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

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

► Falls eindeutig kein Symptom aus 1.1–1.5 erfüllt: weiter zu Somatische Belastungsstörung.

2. Symptome der Vermeidung (mindestens 1 Symptom)

Nutzen Sie die folgende Skala, um falls gewünscht Häufigkeit und Schweregrad (kombiniertes Rating) zu kodieren:

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

Nutzen Sie die Spalte Kommentar, um ggf. zusätzliche Informationen aufzunehmen.

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

Litten Sie darunter, dass Sie...

Haben Sie jemals nach einem traumatischen Ereignis einen Monat oder länger darunter gelitten, dass Sie...

(Wie oft haben Sie die folgenden Symptome seit dem Trauma erlebt? In welchem Ausmaß haben Sie die folgenden Symptome erlebt?)

Häufigkeit/

Symptom erfüllt? Schweregrad Kommentar

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

*JA _____ *NEIN _____

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

*JA _____ *NEIN _____

► Falls eindeutig kein Symptom aus 2.1–2.2 erfüllt: weiter zu Somatische Belastungsstörung.

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

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

JA _____ NEIN _____

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

Nutzen Sie die folgende Skala (kombiniertes Rating), um falls gewünscht Häufigkeit und Schweregrad zu kodieren:

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

Nutzen Sie die Spalte Kommentar, um ggf. zusätzliche spezifische Informationen zu notieren.

Litten Sie darunter, dass Sie...

Haben Sie jemals nach einem traumatischen Ereignis einen Monat oder länger darunter gelitten, dass Sie...

(Wie oft haben Sie die folgenden Symptome seit dem Trauma erlebt? In welchem Ausmaß haben Sie die folgenden Symptome erlebt?)

	Häufigkeit/ Symptom erfüllt?	Schweregrad	Kommentar
--	---------------------------------	-------------	-----------

***3.2 ... anhaltende negative Überzeugungen oder Erwartungen über sich selbst, andere oder die Welt hatten (z.B. „ich bin schlecht“, „man sollte niemandem trauen“, „die Welt ist ein gefährlicher Ort“, „mein gesamtes Nervensystem ist anhaltend gestört“)?**

***JA** _____ ***NEIN** _____

***3.3 ... anhaltende negative Gedanken über die Ursachen bzw. Folgen des traumatischen Ereignisses hatten (z. B. „ich bin ein typisches Opfer“, „hätte ich mich anders verhalten, wäre mir das nicht passiert“, „man kann anderen nicht vertrauen“)?**

***JA** _____ ***NEIN** _____

	Symptom erfüllt?	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
<p>*3.4 ... <i>anhaltend negative Gefühle hatten</i> (z. B. <i>Angst, Wut, Schuld, Scham, Ekel</i>)?</p>	*JA _____	*NEIN _____	_____
<p>*3.5 ... <i>unter einem Verlust des Interesses und/oder einer verminderten Teilnahme an Aktivitäten litten, die Ihnen einmal wichtig waren?</i></p>	*JA _____	*NEIN _____	_____
<p>*3.6 ... <i>sich fremd von Personen fühlten, die Ihnen nahe stehen, wie z. B. Freunde oder Familienmitglieder?</i></p>	*JA _____	*NEIN _____	_____
<p>*3.7 ... <i>sich wie »gelähmt« fühlten oder fühlten, als ob Sie keine positiven Gefühle mehr empfinden könnten (z. B. Freude, Zufriedenheit, zärtliche Gefühle oder Liebe)?</i></p>	*JA _____	*NEIN _____	_____

► Falls eindeutig weniger als 2 Symptome aus 3.1–3.7 erfüllt: weiter zu Somatische Belastungsstörung.

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

Nutzen Sie die folgende Skala, um falls gewünscht Häufigkeit und Schweregrad (Kombiniertes Rating) zu kodieren:

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



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

Litten Sie darunter, dass Sie...

Haben Sie jemals nach einem traumatischen Ereignis einen Monat oder länger darunter gelitten, dass Sie...

...(Wie oft haben Sie die folgenden Symptome seit dem Trauma erlebt? In welchem Ausmaß haben Sie die folgenden Symptome erlebt?)

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

▶ Falls eindeutig weniger als 2 Symptome aus 4.1–4.6 erfüllt: weiter zu Somatische Belastungsstörung.

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

Wochen: _____

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

JA _____ NEIN _____

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

*Erlebten Sie in dem letzten Monat, dass Sie das Gefühl hatten,...
Hatten Sie jemals nach einem traumatischen Ereignis einen Monat oder länger das Gefühl, ..*

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

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

***7.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgend-eine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***7.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

***8.** Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

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

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Akute Belastungsstörung

- ▶ Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Erleben des Traumas vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst folgende Frage zu stellen:

Leiden Sie seit dem Ereignis immer wieder unter wiederkehrenden Erinnerungen an das Ereignis, träumen Sie wiederholt von dem Ereignis oder handeln/fühlen Sie sich so, als wären Sie wieder in der Situation? Fühlten Sie sich ganz unwirklich? Oder haben Sie Schlafprobleme, Schwierigkeiten, Freude zu empfinden, sind Sie reizbar oder schreckhaft? Versuchen Sie, es zu vermeiden, an das Ereignis erinnert zu werden? Wie stark werden Sie durch diese Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?

- ▶ Falls kein Hinweis auf akute Belastungsstörung weiter zu Somatische Belastungsstörung.

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

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

Beschreiben Sie dies für jedes berichtete traumatische Ereignis.

Beschreiben: _____

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

Falls gewünscht, können Sie Häufigkeit und Schweregrad der Symptome anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) bewerten.

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

Leiden Sie seit dem traumatischen Ereignis daran, dass Sie...

...(Wie oft haben Sie die folgenden Symptome seit dem Trauma erlebt? In welchem Ausmaß haben Sie die folgenden Symptome erlebt?)

	Symptom erfüllt?	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
<u>Symptome des Wiedererlebens</u>			
*2.1 ... an das Ereignis dachten, auch wenn Sie nicht daran denken wollten oder Sie plötzlich ungewollte Gedanken an das Ereignis hatten?	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.2 ... Träume hatten, die einen inhaltlichen oder emotionalen Bezug zum Ereignis hatten?	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.3 ... manchmal so fühlten oder handelten, als ob Sie wieder in der traumatischen Situation wären?	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.4 ... emotional oder gedanklich stark oder langhaltend aufgebracht waren, wenn Sie etwas an das Ereignis erinnerte?	*JA _____	*NEIN _____	_____

	Symptom erfüllt?	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
<u>Negative Stimmung</u>			
*2.5 ... <i>sich fühlten, als ob Sie dauerhaft keine positiven Gefühle mehr empfinden könnten (z. B. Freude, Zufriedenheit, zärtliche Gefühle oder Liebe)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
<u>Dissoziative Symptome</u>			
*2.6 ... <i>Unwirklichkeitsgefühle bezüglich sich selbst oder der Umgebung hatten (z. B. die Welt durch einen Vorhang sehen, sich selbst aus einer anderen Perspektive sehen, Zeitverlangsamung)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.7 ... <i>eine Unfähigkeit verspürten, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses erinnern zu können (dissoziative Amnesie)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____

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

<u>Symptome der Vermeidung</u>			
*2.8 ... <i>bewusst Gedanken, Gefühlen oder Gespräche vermieden, die in Verbindung mit dem Ereignis stehen oder stehen könnten?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.9 ... <i>bewusst Aktivitäten, Situationen oder Menschen vermieden, die Erinnerungen an das Ereignis wachrufen könnten?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____

	Symptom erfüllt?	Häufigkeit/ Schweregrad	Kommentar
<u>Symptome erhöhten Arousals</u>			
*2.10... <i>Schwierigkeiten hatten ein- oder durchzuschlafen?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*2.11... <i>reizbar waren oder Wutausbrüche hatten?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*2.12... <i>Konzentrationsschwierigkeiten hatten?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*2.13... <i>sehr wachsam waren, auch wenn kein Grund dafür bestand?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____
*2.14... <i>sehr schreckhaft waren, z. B. bei einem plötzlichen Lärm oder Geräuschen?</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____	_____

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

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

Tage: _____

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

***4. Ausschluss von Substanzeffekten:**

***4.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***4.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

***5. Ausschluss organischer Ursachen:**

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z.B. Schädel-Hirn Trauma) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Schließen Sie aus, dass das Störungsbild ausschließlich im Verlauf einer kurzen psychotischen Störung auftritt.

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Somatische Belastungs- und verwandte Störungen

Somatische Belastungsstörung – 157

Krankheitsangststörung – 163

Somatische Belastungsstörung

*1.1 *Haben Sie andauernde körperliche Beschwerden, die Sie belasten oder beeinträchtigen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **JA** bei 1.1: weiter zu Frage 2.1. Da körperliche Schmerzen und Symptome eine hohe Prävalenz haben, sollte im Einzelfall entschieden werden, ob eine Exploration für die Vergangenheit sinnvoll erscheint. Falls gewünscht, fortfahren mit Frage 1.2., ansonsten weiter zu Krankheitsangststörung.

*1.2 *Hatten Sie jemals körperliche Beschwerden, die Sie belasteten oder beeinträchtigten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Krankheitsangststörung.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung oder Belastung durch die körperlichen Beschwerden vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 8 überzugehen.

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

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig weniger als 6 Monate: weiter zu Krankheitsangststörung.

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

2.2. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch diese Symptome belastet und beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): _____

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

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

3.2 *Gab es einen Befund?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

***4.1** *Nehmen die Gedanken an die körperlichen Symptome die meiste Zeit des Tages ein?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.2** *Haben Sie anhaltende und starke Angst um Ihre Gesundheit oder in Bezug auf die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

***4.3** *Verwenden Sie sehr viel Zeit, um sich Ihren Symptomen und Ihrer Gesundheit zu widmen?*

Beschreiben: _____

Anzahl Stunden: _____

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

► Falls eindeutig keine intensive Beschäftigung mit den somatischen Beschwerden: weiter zu Krankheitsangststörung.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

7. Ausschluss von Substanzeffekten:

7.1. *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgend-eine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

7.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- 9.** *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie unter körperlichen Beschwerden litten, die Sie übermäßig belasteten oder Sie im Alltag deutlich beeinträchtigten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Bestimme, ob: Ist nur eines der Kriterien 4.1, 4.2 oder 4.3 erfüllt, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Sind zwei oder mehr der Kriterien erfüllt, liegt eine „mittelgradige“ Störung vor. Bei Erfüllung von zwei oder mehr der Kriterien und gleichzeitigem Vorliegen mehrerer somatischer Symptome oder einem sehr schweren somatischen Symptom, liegt eine „schwere“ Somatische Belastungsstörung vor.

Bestimme, ob: Werden vor allem Schmerzsymptome berichtet, handelt es sich um eine Somatische Belastungsstörung mit „überwiegendem Schmerz“.

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

Krankheitsangststörung

***1.1** *Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt, an einer schweren Krankheit zu leiden (z. B. Krebs, Herzerkrankung, AIDS)?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.2 *Welche Krankheiten befürchten Sie zu haben?*

Beschreiben: _____

► Falls JA bei 1.1: weiter mit Frage 2.1.

***1.3** *Haben Sie jemals über eine längere Zeitspanne hinweg häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt, an einer schweren Krankheit zu leiden?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.4 *Welche Krankheiten haben Sie damals befürchtet zu haben?*

Beschreiben: _____

1.5 *Wann hatten Sie zum letzten Mal diese Befürchtungen?*

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

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.3: weiter zu den Einstiegsfragen zum Körpergewicht.

2. *Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu der Zeit stellen, in der Sie befürchtet haben oder überzeugt waren, an _____ zu leiden.*

Hinweis: Falls mehrere Krankheitsbefürchtungen bestehen, stellen Sie die folgenden Fragen für die am stärksten ausgeprägten Krankheitsbefürchtungen.

Krankheitsbefürchtung 1: _____

Krankheitsbefürchtung 2: _____

- *2.1** *Gibt es Ihrer Meinung nach einen Grund zu glauben, dass Sie ein erhöhtes Risiko haben, an _____ zu erkranken oder leiden (z. B. eine andere eigene Erkrankung oder ein erhöhtes familiäres Risiko)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***2.2** Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Krankheitsangst, in Hinblick auf die andere Erkrankung oder das familiäre Risiko, als angemessen beurteilen?

► Falls die Beschäftigung nicht übermäßig (angemessen) ist, weiter zu den Einstiegsfragen zum Körpergewicht.

JA _____ NEIN _____

- *3.** *Wie stark sind Sie zurzeit davon überzeugt, unter _____ zu leiden?*

(0–100 Skala: 0 = überhaupt nicht und 100 = vollkommen) _____%

4. *Gibt es irgendetwas, das Sie daran zweifeln lässt, an _____ zu leiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*5.1 *Erleben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Befürchtung oder Überzeugung an _____ zu leiden bestimmte Körperempfindungen oder Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**, ansonsten weiter zu Frage 6.1:

5.2 *Welche Symptome erleben Sie?* _____

5.3 *Wie oft treten diese Symptome auf?*

Durchschnittliche Häufigkeit pro Monat: _____

*5.4 *Sind diese Symptome für Sie Hinweis oder Bestätigung dafür, dass Sie möglicherweise an _____ leiden?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Wenn die Krankheitsangst eindeutig mit körperlichen Beschwerden im Zusammenhang steht, die über ein geringes Ausmaß hinausgehen, ist eine Somatische Belastungsstörung zu vergeben. Falls 5.1 oder 5.4 bejaht wurden, klären Sie daher ggf. erneut die Somatische Belastungsstörung ab.

***6.1** *Gibt es bestimmte Verhaltensweisen, die Sie in Bezug auf Ihre Befürchtung bzw. Überzeugung an _____ zu leiden immer wieder durchführen (z. B. Körperstellen abtasten oder im Spiegel betrachten, bei anderen Rückversicherungen einholen, im Internet Informationen suchen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Die berichteten Verhaltensweisen müssen übertrieben sein.

***6.2** *Suchen Sie sehr häufig einen Arzt oder ein Krankenhaus auf, um zu klären, ob Sie an _____ oder einer anderen körperlichen Krankheit leiden?*

JA _____ NEIN _____

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

***6.3** *Vermeiden Sie bestimmte Orte, Personen oder Verhaltensweisen, weil diese Ihre Befürchtung bzw. Überzeugung an _____ zu leiden verschlimmern könnten oder weil Sie diese als eine Gefährdung für Ihre Gesundheit betrachten (z. B. Arztbesuche, Besuch kranker Familienmitglieder, körperliche Betätigung)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Die berichteten vermeidenden Verhaltensweisen müssen maladaptiv sein.

Falls **NEIN**:

***6.4** *Vermeiden Sie es, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen, da Sie damit Krankheiten oder Tod in Verbindung bringen?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Wenn **JA** bei 6.2: Aufsuchender Typus, wenn **JA** bei 6.3. oder 6.4: Vermeidender Typus.

► Falls eindeutig **NEIN** bei 6.1- 6.4: weiter mit den Einstiegsfragen zum Körpergewicht.

7. *Was wurde bei diesen Untersuchungen herausgefunden?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Falls medizinische Untersuchungen eindeutig eine organische Ursache der Symptome nahe legen, klären Sie ab, ob die beschriebenen Symptome durch die organische Ursache erklärt werden können oder ob die Symptome vom Patienten/von der Patientin fehlinterpretiert werden. Bei vorliegenden körperlichen Beschwerden sollte die Somatische Belastungsstörung abgeklärt werden.

8.1 *Falls die Ärzte Ihnen mitteilten, Sie könnten nichts Auffälliges finden, waren Sie dann beruhigt?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

8.2 *Wie lange hielt dieses Gefühl der Beruhigung an?*

Tage: _____

8.3 *Hat diese Beruhigung nachgelassen, sodass Sie immer noch glauben, körperlich krank zu sein?*

JA _____ NEIN _____

*9. *Machen Sie sich leicht Sorgen um Ihre Gesundheit (z. B. durch Zeitungs- oder Fernsehberichte, Aussagen aus Ihrem Umfeld)?*

JA _____ NEIN _____

10.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie begonnen haben, zu befürchten, an _____ zu leiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

11. Ausschluss von Substanzeffekten:

11.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

11.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

12. Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

13. *Wie stark werden Sie durch die gerade besprochene Befürchtung, an _____ zu leiden, in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

14. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie befürchtet haben bzw. überzeugt waren, an einer bestimmten Krankheit zu leiden (möglicherweise auch im Zusammenhang mit einer anderen Krankheit)?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Essstörungen

Einstiegsfragen zum Körpergewicht – 172

Anorexia Nervosa – 173

Bulimia Nervosa – 182

Binge-Eating-Störung – 190

Einstiegsfragen zum Körpergewicht

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Gewicht und Ihren Essgewohnheiten stellen.

1.1 *Welches war Ihr höchstes Gewicht (außerhalb Schwangerschaft) im Erwachsenenalter?*

_____ kg

1.2 *Wie alt waren Sie da?* **Lebensalter (Mt./J.):** _____

1.3 *Welches war Ihr niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter?* _____ kg

1.4 *Wie alt waren Sie da?* **Lebensalter (Mt./J.):** _____

Anorexia Nervosa

*1.1 *Wie groß sind Sie aktuell?* ____ m

*1.2 *Wie viel wiegen Sie aktuell?* ____ kg

Hinweis: Die vom Patienten/von der Patientin gemachten Aussagen können ungenau sein, es sollte erwogen werden, den/die Patient*in vor Ort zu wiegen oder zu bitten, sich von medizinischem Fachpersonal wiegen zu lassen.

*Berechnen Sie den BMI:

Aktuell: _____ kg/m²

Höchster BMI: _____ kg/m²

Niedrigster BMI: _____ kg/m²

Hinweis: Der BMI errechnet sich als Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern (BMI = kg/m²). Als Faustregel für die Interpretation von BMI-Werten schlagen wir folgende Klassifikation vor (in Anlehnung an WHO, 2008):

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

***1.3. Haben Sie kürzlich stark abgenommen?**

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls Übergewicht (BMI ≥ 25) oder Adipositas (BMI ≥ 30) vorliegt, sollten somatische Risiken abgeklärt werden (z. B. metabolisches Syndrom, Schlafapnoe).

Hinweis: Falls ja bei 1.3. oder falls Untergewicht vorliegt (BMI $< 18,5$) weiter zu Frage 2.1.

Bestimme, ob: Liegt ein BMI von 17–18,49 vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei einem BMI zwischen 16–16,99 liegt eine „mittelgradige“, bei einem BMI zwischen 15–15,99 eine „schwere“ und bei einem BMI von < 15 eine „extreme“ Anorexia Nervosa vor.

***1.4 Gab es jemals eine Zeit in der Sie stark abgenommen haben?**

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

1.5** Wie groß waren Sie da? _____ m1.6** Wie viel wogen Sie da? _____ kg***1.7** Wie alt waren Sie da? Lebensalter: _____

► Falls kein Verdacht auf Anorexia Nervosa besteht (BMI $< 18,5$): weiter zu Bulimia Nervosa.

Hinweis: Eine Anorexia Nervosa kann auch bei fehlendem Untergewicht vergeben werden, wenn die Energieaufnahme in Relation zum Energiebedarf soweit eingeschränkt ist, dass dies zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt.

2.1 *Möchten Sie an Gewicht zunehmen, sodass Sie wieder normalgewichtig sind?*

JA _____ NEIN _____

Falls **NEIN**:

2.2 *Warum möchten Sie Ihr Gewicht halten oder weiter abnehmen?*

Beschreiben: _____

2.3 *Haben andere Leute Ihnen schon geraten zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

*3.1 *Haben Sie große Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden?*

JA _____ NEIN _____

3.2 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihnen die Vorstellung zuzunehmen?*

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

Angst/Unbehagen: _____

Hinweis: Damit das Kriterium erfüllt ist, muss starke oder sehr starke Angst/Unbehagen (≥ 2) vorliegen.

3.3 *Gibt es für Sie eine Gewichtsgrenze oder ein Gewicht, das Sie nicht überschreiten möchten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.1** *Haben Sie zurzeit das Gefühl, insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick zu sein?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.2** *Wie wichtig ist Ihr Körpergewicht oder Ihre Figur für Ihren Selbstwert?*

Beurteilen Sie die Wichtigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nicht	weniger	wichtig	sehr
wichtig	wichtig		wichtig

Wichtigkeit: _____

Hinweis: Damit das Kriterium erfüllt ist, muss das Gewicht oder die Figur wichtig oder sehr wichtig (≥ 2) für den Selbstwert sein.

***4.3** *Denken Sie, dass Ihr aktuelles Gewicht eine Bedrohung für Ihre Gesundheit ist?*

JA _____ NEIN _____

5.1 *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Sie typischerweise im Laufe eines Tages essen.*

Beschreiben: _____

5.2 *Denken Sie oft ans Essen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

5.3 *Achten Sie darauf, was Sie essen?*

JA _____ NEIN _____

5.4 *Verboten Sie sich bestimmte Nahrungsmittel?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Welche? _____

Warum? _____

5.5 *Achten Sie auf die Menge, die Sie essen?*

JA _____ NEIN _____

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Verhaltensweisen stellen, die man tun kann, um nicht zuzunehmen und würde gerne wissen, ob diese auf Sie zutreffen.

Subtypen der Anorexia Nervosa:

Restriktiver Typus:

*6.1 *Machen Sie eine Diät, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*6.2 *Fasten Sie, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*6.3 *Treiben Sie übermäßig viel Sport, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***6.4** *Versuchen Sie durch irgendwelche anderen Verhaltensweisen, einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Binge-Eating-/Purging-Typus:

***7.1** *Haben Sie Essanfälle? Essen Sie dabei in kurzer Zeit (z. B. innerhalb von 2 Stunden) sehr viel?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.2** *Verwenden Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel oder Einläufe, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.3** *Erbrechen Sie im Anschluss an eine Mahlzeit, um abzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

8.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass Sie angefangen haben abzunehmen bzw. oben beschriebenes Essverhalten zu zeigen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.1** Abklärung der Angemessenheit

Würden Sie die beschriebene Wahrnehmung des Körpers/Gewichts als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***9.2.** Würden Sie die Rolle des Körpers/des Gewichts auf die Selbstbewertung als angemessen beurteilen?

JA _____ NEIN _____

***9.3** Erkennt die Patientin/der Patient die Ernsthaftigkeit des Untergewichts?

JA _____ NEIN _____

10. Ausschluss von Substanzeffekten:

10.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ **NEIN** _____

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

Falls **JA**:

10.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ **NEIN** _____

11. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z.B. Tumore, AIDS, gastrointestinale Störungen, Schilddrüsenüberfunktion), die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

12. *Wie stark werden Sie durch die Gewichtsabnahme bzw. das Essverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

► Falls eindeutig keine Essanfälle berichtet wurden: weiter zu Screening zum Schlafverhalten.

13. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sehr viel weniger wogen, als Sie nach der Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in denen Sie stark abgenommen haben?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen:

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

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt waren, für längere Zeit aber kein Untergewicht bestand, aber entweder weiterhin Angst vor Gewichtszunahme oder einer Gewichtszunahme entgegenwirkende Maßnahmen vorliegen oder eine verzerrte Selbstwahrnehmung in Bezug auf Gewicht und Figur vorliegen. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Anorexia Nervosa erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Bulimia Nervosa

***1.1** *Haben Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen, bei denen Sie in kurzer Zeit (z. B. innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden) sehr viel essen, d. h. deutlich mehr als andere Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

***1.2** *Haben Sie während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, sodass Sie z. B. nicht mehr kontrollieren können, was Sie essen oder wie viel Sie essen bzw. dass Sie nicht mehr aufhören können zu essen, obwohl Sie das eigentlich wollen?*

JA _____ NEIN _____

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

***1.3** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen erlebten, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel gegessen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

***1.4** *Hatten Sie jemals während dieser Essanfälle das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren?*

JA _____ NEIN _____

1.5 *Wann sind diese Essanfälle/Heißhungerphasen zum letzten Mal aufgetreten?*

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.4: weiter zu den Einstiegsfragen zum Schlafverhalten.

2.1 *Beschreiben Sie bitte was und wie viel Sie während eines Essanfalls essen:*

Beschreiben: _____

Hinweis: Während eines Essanfalls werden typischerweise kalorienreiche, süße und leicht zu verschlingende Nahrungsmittel eingenommen.

2.2 *In welcher Reihenfolge essen Sie die Speisen?*

Beschreiben: _____

*3.1 *Erbrechen Sie im Anschluss an eine Mahlzeit, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*3.2 *Verwenden Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel oder Einläufe, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.3** *Fasten Sie oder halten Sie Diät, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.4** *Treiben Sie übermäßig viel Sport, um nicht zuzunehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 3.1–3.4: weiter zu Binge-Eating-Störung.

4. *Beschreiben Sie bitte, was und wie viel Sie typischerweise im Laufe eines Tages essen:*

Beschreiben: _____

5.1 *Machen Sie sich erhebliche Sorgen um Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen?*

JA _____ NEIN _____

5.2 *Wie viel Angst/Unbehagen macht Ihnen die Vorstellung 3 bis 5 kg zuzunehmen?*

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	stark	sehr stark

Angst/Unbehagen: _____

***6. Wie wichtig ist Ihr Körpergewicht oder Ihre Figur für Ihren Selbstwert?**

Beurteilen Sie die Wichtigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	wichtig	sehr wichtig

Wichtigkeit: _____

***7.1 Seit wann haben Sie diese Essanfälle? (Mt./J.)** _____

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

***7.2 Wie viele Essanfälle haben Sie zurzeit?**

***7.2.1 pro Tag:** _____

***7.2.2 pro Woche:** _____

Hinweis: Für die Erfüllung der Bulimia Nervosa müssen die Essanfälle seit mindestens 3 Monaten mindestens 1 Mal pro Woche auftreten.

Bestimme, ob: Treten durchschnittlich 1–3 Episoden von unangemessenem kompensatorischen Verhaltens pro Woche auf, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–7 Episoden liegt eine „mittelgradige“, bei 8–13 Episoden eine „schwere“ und bei ≥ 14 Episoden unangemessenem kompensatorischen Verhaltens pro Woche eine „extreme“ Bulimia Nervosa vor.

***7.3** Falls unklar: *Haben Sie innerhalb der letzten 3 Monate durchschnittlich einmal pro Woche einen Essanfall mit anschließenden Gegenmaßnahmen gehabt?*

JA _____ NEIN _____

8. *Versuchen Sie, diese Essanfälle vor anderen geheim zu halten?*

JA _____ NEIN _____

9. *Wissen Sie, wodurch die Essanfälle ausgelöst werden (z. B. Schwierigkeiten zu Hause, in der Schule/bei der Arbeit, Langeweile, Gefühl der Leere, Traurigkeit, Ärger usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

10.1 *Wie alt waren Sie, als Sie den ersten Essanfall hatten?*

Beginn (Lebensalter): _____

10.2 *Wo waren Sie, als Sie den ersten Essanfall hatten?*

Beschreiben: _____

10.3 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal etwas unternommen haben, um nicht zuzunehmen (z. B. erbrechen)?*

Beginn (Lebensalter): _____

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

10.4 Haben Sie damals eine Diät gemacht?

JA _____ NEIN _____

11.1 Erinnern Sie sich an etwas, das dazu beigetragen haben könnte, dass Sie erste Essanfälle hatten?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

12. Ausschluss von Substanzeffekten:**12.1 Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?**

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

12.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor (z.B. Kleine-Levin Syndrom), die möglicherweise die Symptome verursacht haben oder verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

14. *Wie stark fühlen sie sich durch dieses Essverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

15. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen mit darauf folgenden Gegenmaßnahmen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Bulimia Nervosa erfüllt waren, für längere Zeit aber nicht mehr alle Kriterien erfüllt werden. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Bulimia Nervosa erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Binge-Eating-Störung

Nur erfragen, wenn in der vorangegangenen Sektion Essanfälle berichtet wurden.

Hinweis: Für eine Binge-Eating-Störung darf kein unangemessenes kompensatorisches Verhalten auftreten. Außerdem darf das Binge-Eating-Verhalten nicht im Rahmen einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auftreten.

**1. Sie haben eben von Essanfällen berichtet. Wenn Sie diese Essanfälle haben, bei denen Sie in kurzer Zeit (z. B. innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden) sehr viel essen, und dabei das Gefühl haben die Kontrolle über das Essen zu verlieren, ...*

**1.1 ... essen Sie dann deutlich schneller als normalerweise?*

JA _____ NEIN _____

**1.2 ... essen Sie dann soviel, bis Sie sich unangenehm voll fühlen?*

JA _____ NEIN _____

**1.3 ... essen Sie dann große Nahrungsmengen, auch wenn Sie sich körperlich nicht hungrig fühlen?*

JA _____ NEIN _____

**1.4 ... essen Sie heimlich oder alleine, weil Sie sich für die große Nahrungsmenge, die Sie essen, schämen?*

JA _____ NEIN _____

**1.5 ... fühlen Sie sich schuldig, niedergeschlagen oder eckeln Sie sich vor sich selbst, nachdem Sie einen Essanfall hatten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig weniger als 3 Symptome aus 1.1–1.5 bei der Binge-Eating-Störung: weiter zu den Einstiegsfragen zum Schlafverhalten.

***2.1** *Seit wann haben Sie diese Essanfälle?*

(Mt./J.) _____

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

***2.2** *Wie viele Essanfälle haben Sie zurzeit?*

***2.2.1** pro Tag: _____

***2.2.2** pro Woche: _____

Hinweis: Für die Erfüllung der Binge-Eating-Störung müssen die Essanfälle seit mindestens 3 Monaten mindestens 1 Mal pro Woche auftreten.

Bestimme, ob: Treten durchschnittlich 1–3 Binge-Eating-Episoden pro Woche auf, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–7 Binge-Eating-Episoden liegt eine „mittelgradige“, bei 8–13 Binge-Eating-Episoden eine „schwere“ und bei ≥ 14 Binge-Eating-Episoden pro Woche eine „extreme“ Binge-Eating-Störung vor.

***2.3** Falls unklar: *Haben Sie schon einmal über 3 Monate hinweg durchschnittlich einmal pro Woche einen Essanfall gehabt?*

JA _____ NEIN _____

3.1 *Haben Sie jemals eine Diät gemacht?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**: Stellen Sie die Fragen 3.2 – 3.4

3.2 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal eine Diät gemacht haben?***Beginn (Lebensalter):** _____

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

3.3 *Wie oft haben Sie seither Diäten gemacht?* **Häufigkeit:** _____**3.4** *Wie viel Gewicht haben Sie im Durchschnitt während einer Diät abgenommen und evtl. in der Folge darauf wieder zugenommen?***(kg):** _____

Hinweis: In der Regel gilt, dass das Weight Cycling (Jo-Jo-Effekt) umso ausgeprägter ist, je häufiger Diäten gemacht werden.

4.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das bei Beginn zu den Essanfällen beigetragen haben könnte?***JA** _____ **NEIN** _____**Beschreiben:** _____**4.2** *Standen Sie in dieser Zeit unter irgendeiner Art von Belastung (z. B. Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Freunden/Familie/Bekanntem, Beruf/Schule, Gesundheit, Finanzen, juristischen Angelegenheiten/Polizei)?***JA** _____ **NEIN** _____**Beschreiben:** _____

5. Ausschluss von Substanzeffekten:

5.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem die Symptome begannen regelmäßig irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen zu sich oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

5.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

6. Ausschluss organischer Ursachen:

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

- *7. *Wie stark fühlen Sie sich durch diese Essanfälle in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

8. *Gab es neben dieser aktuellen Episode frühere Episoden, in denen Sie durch Essanfälle beeinträchtigt wurden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Bestimme, ob: Eine „teilweise Remission“ liegt vor, wenn alle Kriterien der Binge-Eating-Störung erfüllt waren, für längere Zeit aber nicht mehr alle Kriterien erfüllt werden. Eine „volle Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, nun aber für eine längere Zeit nicht mehr erfüllt werden.

Schlafstörungen

Einstiegsfragen zum Schlafverhalten – 196

Insomnie – 199

Hypersomnie – 207

Einstiegsfragen zum Schlafverhalten

Ich möchte Ihnen im Folgenden einige Fragen zum Schlaf stellen.

***1.1** *Haben Sie Schlafprobleme? Können Sie z. B. nicht ein- oder durchschlafen, ist Ihr Schlaf nicht erholsam, oder sind Sie am Tag oft sehr müde?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

***1.2** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie Schwierigkeiten hatten mit dem Schlafen (z. B. mit dem Ein- oder Durchschlafen, dass Sie keinen erholsamen Schlaf fanden oder dass Sie tagsüber oft sehr müde waren)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum.

Allgemeine Fragen zum Schlaf:

2.1 *Gehen Sie regelmäßig zur gleichen Zeit schlafen?*

JA _____ NEIN _____

2.2 *Wann gehen Sie normalerweise zu Bett?* _____

2.3 *Wann stehen Sie normalerweise auf?* _____

2.4 *Wie lange schlafen Sie normalerweise pro Nacht?*

Effektive Schlafzeit pro Nacht (Stunden): _____

Hinweis: Die effektive Schlafzeit pro Nacht muss nicht mit der Anzahl Stunden, die im Bett verbracht werden, übereinstimmen.

3. *Haben Sie die Schlafprobleme nur dann, wenn Sie die Zu-Bett-Geh-Zeiten/Schlafzeiten nicht eingehalten haben?*

JA _____ NEIN _____

4.1 *Was machen Sie am Abend bevor Sie schlafen gehen?*

Beschreiben: _____

4.2 *Nehmen Sie anregende Getränke (z. B. Kaffee, Schwarztee, Cola) oder Speisen zu sich?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.3 *Trinken Sie regelmäßig am Abend oder bevor Sie schlafen gehen Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.4 *Sind Sie oft gestresst vor dem Schlafengehen oder führen Sie aufregende Aktivitäten durch?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.5 *Wurde bei Ihnen jemals eine atmungsbezogene Schlafstörung (Schlafapnoe) diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.6 *Wurde bei Ihnen jemals ein Restless-Legs-Syndrom diagnostiziert?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.7 *Leiden Sie unter wiederholt auftretendem Schlafwandeln?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

4.8 *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden furchterregenden Träumen, die zum Erwachen aus dem Schlaf führen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Insomnie

Hinweis: Das DSM-5 erlaubt die Diagnose einer Insomnie sowohl als eigenständige Erkrankung als auch komorbid mit anderen psychischen Störungen (z.B. Major Depression). Die gleichzeitige Diagnose einer Insomnie sollte allerdings nur in Betracht gezogen werden, wenn die Insomnie ausreichend schwer ist, um eine eigenständige klinische Beachtung zu rechtfertigen; andernfalls ist keine separate Diagnose notwendig. Falls die Insomnie schon als Kriterium anderer Störungen exploriert wurde und aktuell durch diese vollständig erklärt wird, sollten die Insomnie-Kriterien für den Zeitraum erfragt werden, in der die andere Diagnose noch nicht erfüllt war.

*1.1 *Kommt es vor, dass Sie abends im Bett liegen und über lange Zeit nicht einschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.2 *Kommt es vor, dass Sie nachts nicht durchschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.3 *Kommt es vor, dass Sie morgens früh wach werden und nicht wieder einschlafen können?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.4 *Kommt es vor, dass Ihr Schlaf sehr unerholsam ist, dass Sie sich nicht erholt fühlen, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

*1.5 *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie abends im Bett lagen und über lange Zeit nicht einschlafen konnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.6 *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie nachts nicht durchschlafen konnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.7 *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie morgens früh wach wurden und nicht wieder einschlafen konnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.8 *Gab es jemals eine Phase, in der Ihr Schlaf nicht erholsam war?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.9 *Wann sind diese Einschlafprobleme zum letzten Mal aufgetreten?*

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.8: weiter zu Hypersomnie.

***2.** *Verursachen diese Schlafprobleme eine bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung in Ihrem Alltag, in sozialen Situationen, bei Ihrer Arbeit oder während anderer wichtiger Aktivitäten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 2.: weiter zu Hypersomnie.

***3.1** *Wann haben diese Schlafprobleme begonnen?*

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

Beginn (Mt./J.): _____

***3.2** *Bestehen diese Schlafprobleme mindestens 3 Nächte pro Woche?*

JA _____ NEIN _____

***3.3** Falls unklar: *Bestehen diese Schlafprobleme seit mindestens 3 Monaten?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 3.2 und/oder 3.3: weiter zu Hypersomnie.

*4. *Gibt es Gründe in Ihrem Umfeld, die eine Erklärung dafür sein könnten, dass Sie wach bleiben oder immer wieder aufwachen (z. B. Lärm, berufliche oder familiäre Pflichten)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Eine Insomnie liegt nur dann vor, wenn die Schlafproblematik nicht besser durch inadäquate Gelegenheiten oder Begleitumstände erklärt werden kann.

Nur fragen bei Einschlafproblemen (JA bei 1.1 oder 1.5):

5. *Wie lange brauchen Sie normalerweise bis Sie einschlafen können?*

Durchschnittliche Dauer: _____

Nur fragen bei Durchschlafproblemen (JA bei 1.2 oder 1.6):

6.1 *Wie oft wachen Sie nachts auf?*

Durchschnittliche Anzahl: _____

6.2 *Wie lange brauchen Sie jeweils, bis Sie wieder einschlafen können?*

Durchschnittliche Dauer: _____

Hinweis: Alterstypisches Schlafmuster berücksichtigen.

***7.** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten nur in Phasen auf, in denen ...*

***7.1** *... Sie sich sehr traurig und hoffnungslos fühlen oder Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben?*

Hinweis: Klären Sie ab, ob die genannten Symptome ausschließlich im Rahmen depressiver Phasen auftreten und durch diese erklärt werden.

JA _____ NEIN _____

***7.2** *... Sie starke Angst haben oder sich sehr viele Sorgen machen?*

Hinweis: Klären Sie ab, ob die genannten Symptome ausschließlich im Rahmen einer generalisierten Angststörung oder einer PTBS/Akuten Belastungsstörung auftreten und durch diese erklärt werden. Klären Sie auch ab, ob die Probleme im Rahmen anderer nicht schlafbezogenen psychischen Störung auftreten.

JA _____ NEIN _____

***7.3** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden Schlafattacken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.4** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten im Zusammenhang mit einer atmungsbezogenen Schlafstörung (Schlafapnoe) auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.5** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten im Zusammenhang mit einem Restless-Legs-Syndrom auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.6** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten im Zusammenhang mit wiederholt auftretendem Schlafwandeln auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.7** *Treten diese Ein- und Durchschlafschwierigkeiten im Zusammenhang mit wiederholt auftretenden furchterregenden Träumen, die zum Erwachen aus dem Schlaf führen, auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***8.** Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Im DSM-5 wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanz-/medikamenteninduzierte Schlafstörung verursachen können.

***8.1** *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

8.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ **NEIN** _____

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz-/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***9.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ **NEIN** _____

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

Beginn (Lebensalter): _____

10.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich diese Schlafprobleme eingestellt hatten?*

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ **NEIN** _____

Beschreiben: _____

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- 12.** *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie über mindestens drei Monate hinweg derartige Schlafprobleme hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Hypersomnie

Hinweis: Hypersomnie ist ein Symptom einer Major Depression, insbesondere bei Major Depression im Rahmen von Bipolaren Störungen nach Manischen/Hypomanen Phasen. Das DSM-5 erlaubt die Diagnose einer Hypersomnie sowohl als eigenständige Erkrankung als auch komorbid mit anderen psychischen Störungen (z.B. Major Depression). Die gleichzeitige Diagnose einer Hypersomnie mit anderen Störungen (besonders depressiven Störungen) sollte allerdings nur in Betracht gezogen werden, wenn die Hypersomnie ausreichend schwer ist, um eine eigenständige klinische Beachtung zu rechtfertigen; andernfalls ist keine separate Diagnose notwendig.

***1.1** *Sind Sie oft sehr müde, schlafen Sie länger als gewohnt (z. B. mehr als 9 Stunden) oder schlafen Sie tagsüber (fast täglich), obwohl Sie in der Nacht gut und ausreichend (mind. 7 Stunden) geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.2** *Kommt es vor, dass Sie sich nicht erholt fühlen, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.3** *Fällt es Ihnen oft schwer, richtig wach zu werden, wenn Sie unerwartet geweckt werden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

***1.4** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie oft sehr müde waren, in der Sie länger als gewohnt oder tagsüber (fast täglich) schliefen, obwohl Sie in der Nacht gut geschlafen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.5** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der Sie sich nicht erholt fühlten, obwohl Sie eigentlich genug geschlafen hatten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.6** *Gab es jemals eine Phase von mindestens 3 Monaten Dauer, in der es Ihnen schwer fiel, richtig wach zu werden, wenn Sie unerwartet geweckt wurden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.7 *Wann ist diese Schläfrigkeit zum letzten Mal aufgetreten?*

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

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.6: weiter zu Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum.

***2.** *Verursacht diese Schläfrigkeit eine bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung in Ihrem Alltag, in sozialen Situationen, bei Ihrer Arbeit oder während anderer wichtiger Aktivitäten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.1** *Wann hat diese Schläfrigkeit begonnen?*

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

Beginn (Mt./J.): _____

***3.2 Falls unklar:** *Verspüren Sie diese Schläfrigkeit seit mindestens 3 Monaten?*

JA _____ NEIN _____

***3.3** *Haben Sie diese Schläfrigkeit jeweils während mindestens 3 Tagen pro Woche?*

JA _____ NEIN _____

***4.1** *Tritt diese Schläfrigkeit nur in Phasen auf, in denen Sie sich sehr traurig und hoffnungslos fühlen oder Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

***4.2** *Leiden Sie unter wiederholt auftretenden Schlafattacken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.3** *Tritt diese Schläfrigkeit im Zusammenhang mit einer atmungsbezogenen Schlafstörung (Schlafapnoe) auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.4** *Tritt diese Schläfrigkeit im Zusammenhang mit einem Restless-Legs-Syndrom auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.5** *Tritt diese Schläfrigkeit im Zusammenhang mit wiederholt auftretendem Schlafwandeln auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.6** *Tritt diese Schläfrigkeit im Zusammenhang mit wiederholt auftretenden furchterregenden Träumen, die zum Erwachen aus dem Schlaf führen, auf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Schließen Sie aus, dass das Störungsbild ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung oder ausschließlich im Verlauf einer anderen Schlafstörung (z. B. Narkolepsie, atmungsbezogene Schlafstörung, einer Zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung, Restless-Legs-Syndrom oder einer Parasomnie) auftritt. Falls die Hypersomnie im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung steht, sie jedoch schwer genug ist, um für sich allein genommen klinische Beachtung zu rechtfertigen, ziehen Sie die Diagnose Hypersomnie in Zusammenhang mit (benennen Sie die psychische Störung) in Betracht.

***5. Ausschluss von Substanzeffekten:**

Hinweis: Im DSM wird auch Koffein unter den Substanzen gelistet, die eine substanz/medikamenteninduzierte Schlafstörung verursachen können. Der Entzug von Koffein kann eine Tagesschläfrigkeit hervorrufen.

***5.1** *Nahmen Sie unmittelbar vor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen (einschließlich Koffein) oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA:**

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

***5.2** *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: im DSM wird für die Vergabe einer substanz/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

***6.** Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

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

Beginn (Lebensalter): _____

8.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass diese Schläfrigkeit begonnen hat?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls Hinweise auf weitere Dyssomnien (z. B. Narkolepsie, atmungsbezogene Schlafstörung, Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen) oder Parasomnien (z. B. Schlafstörung mit Alpträumen, Schlafterror (Pavor nocturnus), Schlafstörung mit Schlafwandeln oder Restless-Legs-Syndrom) bestehen, klären Sie diese unter Zuhilfenahme der DSM-5-Kriterien (ab S. 493) ab. Fragen zur Diagnostik von Schlafstörung mit Alpträumen, Schlafterror (Pavor nocturnus), Schlafstörung mit Schlafwandeln können der Elternversion des Kinder-DIPS entnommen und adaptiert werden.

***9.** *Wie stark werden Sie durch die eben besprochene Schläfrigkeit in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

10. *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie über einen Zeitraum von mindestens einem Monat eine derartige Schläfrigkeit verspürt hatten?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltens- weisen

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum – 216

Störung durch Alkoholkonsum – 217

Nikotinscreening – 224

Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen – 226

Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsum – 229

Störung durch Glücksspielen – 236

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum

Ich möchte Ihnen im Folgenden einige Fragen zum Konsum von alkoholischen Getränken (z. B. Bier, Wein oder Spirituosen) stellen.

Geschichte:

1.1 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken haben?*

Lebensalter (Mt./J.): _____

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

1.2 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal einen Rausch hatten?*

Lebensalter (Mt./J.): _____

1.3 *Gab es, seitdem Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken haben, eine Zeit, in der Sie über mindestens einen Monat hinweg keinerlei alkoholische Getränke getrunken haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Störung durch Alkoholkonsum

*1.1 *Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken?*

JA _____ NEIN _____

▶ Falls **NEIN**: weiter zu 1.3

1.2 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in den letzten 12 Monaten getrunken?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

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

*1.3 *Gab es jemals in Ihrem Leben eine Zeit, in der Sie regelmäßig über einen Zeitraum von 12 Monaten Alkohol tranken?*

JA _____ NEIN _____

1.4 *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in dieser Zeit getrunken?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

▶ Falls **NEIN** bei 1.1 und 1.3: weiter zum Nikotinscreening.

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten stellen.

***2.** *Tranken Sie häufig größere Mengen oder länger als beabsichtigt?*

JA _____ NEIN _____

***3.1** *Haben Sie anhaltend den Wunsch verspürt oder erfolglos versucht, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

3.2 *Wie oft haben Sie schon versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz damit aufzuhören?*

Anzahl Versuche: _____

***4.** *Haben Sie eine beträchtliche Zeit damit verbracht Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von dessen Wirkung zu erholen?*

JA _____ NEIN _____

***5.** *Verspürten Sie ein starkes Bedürfnis oder einen Drang, Alkohol zu trinken?*

JA _____ NEIN _____

***6.** *Haben Sie wiederholt alkoholbedingt Schwierigkeiten bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause bekommen (z. B. wiederholtes Fernbleiben und schlechte Leistungen bei der Arbeit, Schulschwänzen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung der Kinder respektive des Haushalts)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***7.** *Haben Sie, obwohl Sie wiederholt Auseinandersetzungen mit Partner, *in Kindern oder Freund*innen darüber hatten, wann und wie oft Sie Alkohol trinken, Ihren Konsum fortgesetzt (z. B. Streit mit Ehegatt*in über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen)?*

JA _____ NEIN _____

***8.** *Haben Sie aufgrund des Alkoholkonsums wichtige Aufgaben vernachlässigt, eingeschränkt oder aufgegeben, wie z. B. Arbeit, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.** *Nahmen Sie wiederholt in Situationen Alkohol zu sich, in denen es aufgrund des Alkoholeinflusses zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Auto- oder Bootfahren, Fahrradfahren, Bedienen von Maschinen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.** *Haben Sie fortgesetzt Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass Sie ein medizinisches oder psychisches Problem haben, welches mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt wird?*

JA _____ NEIN _____

***11.1** *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie mehr Alkohol trinken mussten als früher, um einen Rausch zu bekommen oder den gewünschten Effekt zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

***11.2** *Stellten Sie schon einmal fest, dass die gleiche Menge Alkohol im Vergleich zu früher zu deutlich geringeren Effekten führte?*

JA _____ NEIN _____

Falls überall Nein bei 2. -11.2 weiter zum Nikotinscreening.

***12.** *Wenn Sie weniger als üblich oder keinen Alkohol tranken, traten dann nach einigen Stunden oder Tagen folgende Symptome auf?*

Falls gewünscht, kann die Häufigkeit und der Schweregrad der folgenden Entzugssymptome anhand der folgenden Skala (kombiniertes Rating) beurteilt werden.

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

(Wie häufig und wie ausgeprägt traten die Symptome auf?)

	Symptom vorhanden?	Häufigkeit/ Schweregrad
*12.1 <i>Schwitzen oder Herzrasen</i> (vegetative Hyperaktivität)	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.2 <i>Zittrige Hände</i> (erhöhter Handtremor)	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.3 <i>Schlaflosigkeit</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.4 <i>Übelkeit oder Erbrechen</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.5 <i>Dass Sie z. B. Dinge gesehen oder gehört haben, die andere nicht bemerkten, oder dass Sie Stimmen gehört oder Erscheinungen gesehen haben, wenn niemand in Ihrer Nähe war</i> (vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen)	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.6 <i>Bewegungsdrang</i> (psychomotorische Agitiertheit)	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.7 <i>Angstgefühle</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____
*12.8 <i>Grand-mal-Anfälle (epileptische Anfälle)</i>	*JA _____ *NEIN _____	_____

Hinweis: Für die Erfüllung der Alkoholentzugskriterien müssen mindestens zwei der Kriterien von 12.1–12.8 erfüllt sein.

Falls **JA** unter 12.1-12.8:

***12.9** *Haben Sie Alkohol oder eine andere Substanz eingenommen, um das Auftreten derartiger Beschwerden zu lindern oder zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls **JA** unter 12.1-12.8:

***12.10** *Denken Sie, dass diese Beschwerden mit besonderen körperlichen Bedingungen oder Erkrankungen oder psychischen Leiden zusammenhängen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Schließen Sie aus, dass die Entzugssymptome auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückgehen und auch nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können.

***13.** *Wie stark werden Sie durch die berichteten Beschwerden in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Bestimme, ob: Liegen 2–3 Symptome vor (Fragen 1.1–12.), handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–5 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 6 oder mehr Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

- *14. Falls unklar: *Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten nur noch unter einem starken Bedürfnis oder Drang Alkohol zu trinken und sonst unter keinem der anderen Symptome mehr?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Für eine Störung durch Alkoholkonsum „mit früher Remission“, dürfen die Kriterien einer Störung durch Alkoholkonsum nach einer 3 Monats-Phase nicht mehr erfüllt sein (mit Ausnahme von 5.). Liegt eine Symptomfreiheit von 12 Monaten oder länger vor (mit Ausnahme von 5.), nachdem die Kriterien der Störung durch Alkoholkonsum erfüllt waren, befindet sich die Störung in „anhaltender Remission“.

- *15. Falls unklar: *Leben Sie aktuell in einer Einrichtung, in welcher der Konsum von Alkohol verboten ist (z. B. stationäre Behandlung, therapeutische Umgebung)?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Die Zusatzcodierung „in geschützter Umgebung“ wird dann vergeben, wenn der Alkoholkonsum aufgrund eines restriktiven Zugangs durch die Umgebung unterbunden wird.

16. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der eben besprochenen Schwierigkeiten eingestellt haben?*

Beginn (Lebensalter): _____

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

17.1 Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt haben?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

18. Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum gekommen ist?

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Nikotinscreening

1.1 *Rauchen Sie (oder verwenden Sie E-Zigaretten) zum derzeitigen Zeitpunkt oder nehmen Sie Schnupf- oder Kautabak zu sich?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN** bei 1.1: weiter zu Frage 2.1.

1.2 *Was rauchen/konsumieren Sie (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?*

Beschreiben: _____

1.3 *Wie viel rauchen/konsumieren Sie durchschnittlich täglich?*

Anzahl: _____

1.4 *Wie stark ist der Tabak/die Substanz, den/die Sie rauchen/konsumieren (z. B. g/Teer oder mg/Nikotin, Marke)?*

Beschreiben: _____

2.1 *Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen täglich geraucht (oder E-Zigaretten verwendet) oder Schnupf- oder Kautabak zu sich genommen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN** bei 1.1 und 2.1: weiter zu den Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen.

2.2 *Wie viel haben Sie während dieser Zeit durchschnittlich täglich geraucht/konsumiert?*

Anzahl: _____

2.3 *Wie stark war der Tabak/die Substanz, den/die Sie während dieser Zeit geraucht/konsumiert haben (z. B. g/Teer oder mg/Nikotin, Marke)?*

Beschreiben: _____

3. *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal geraucht bzw. Schnupf- oder Kautabak konsumiert hatten?*

Beginn (Lebensalter): _____

4.1 *Haben Sie anhaltend oder erfolglos versucht, ihren Nikotinkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

4.2 *Wie oft haben Sie schon versucht, weniger zu rauchen bzw. weniger Schnupf- oder Kautabak zu konsumieren oder ganz damit aufzuhören?*

Häufigkeit: _____

Einstiegsfragen zu Medikamenten und Drogen

1.1 *Nehmen Sie zurzeit Medikamente in großen Mengen oder häufiger bzw. höher dosiert ein, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen (z. B. Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika)?*

JA _____ NEIN _____

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

1.2 *Haben Sie jemals Medikamente in großen Mengen oder häufiger bzw. höher dosiert eingenommen, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen (z. B. Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika)?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage 2.

1.3 Um welche Medikamente handelt es sich?

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

1.4 *Haben Sie diese Medikamente auf eigene Verantwortung zu sich genommen oder in dieser Dosierung von ihrem Arzt verschrieben bekommen?*

auf eigene Verantwortung

vom Arzt verschrieben

2. Stellen Sie fest, ob folgende Substanzen jemals konsumiert wurden. Fragen Sie dabei nach der Häufigkeit des Konsums, nach der durchschnittlichen Menge/Dosierung und spezifizieren Sie die Art der Substanz.

Haben Sie jemals _____ konsumiert?

Wie häufig und in welcher Dosierung konsumieren Sie _____ durchschnittlich?

Was genau konsumieren Sie?

Beschreiben: _____

Beurteilen Sie die Häufigkeit des Konsums anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	sehr häufig

Substanz	Häufigkeit	Dosis
----------	------------	-------

2.1 <i>Marihuana, Cannabis, Haschisch</i>	_____	_____
---	-------	-------

2.2 <i>Kokain (Freebase, Crack, andere)</i>	_____	_____
---	-------	-------

2.3 <i>Opiate (Heroin, Morphin, Kodein, Methadon, Andere: _____)</i>	_____	_____
---	-------	-------

2.4 <i>Halluzinogene (LSD, Meskalin, Pilze, Phencyclidin (PCP), Ketamin, andere: _____)</i>	_____	_____
--	-------	-------

2.5 <i>Amphetamine (Speed, Appetitzügler, MDMA/Ecstasy, Crystal Meth, andere: _____)</i>	_____	_____
---	-------	-------

2.6 <i>Schnüffelstoffe (Kleber, Verdünner, Benzin, Aceton, Äther, Reinigungsmittel, Lachgas, andere: _____)</i>	_____	_____
--	-------	-------

2.7 <i>Andere: _____</i>	_____	_____
--------------------------	-------	-------

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2, und keine Substanz (2.1–2.7) konsumiert wurde: weiter mit Störung durch Glücksspielen.

Hinweis: Falls verschiedene Medikamente/Substanzen eingenommen wurden, klären Sie mit der folgenden Frage ab, welche Substanz im vergangenen Jahr die größten Auswirkungen (z. B. körperlich, psychisch, beruflich, sozial) nach sich gezogen hat.

3. *Welche Substanz bzw. welches Medikament hatte im vergangenen Jahr die größten Auswirkungen (z. B. körperlich, psychisch, beruflich, sozial) auf Ihr Leben?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Beziehen Sie alle folgenden Fragen auf die in Frage 3 genannte Substanz bzw. Medikament.

Geschichte:

4.1 *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal _____ zu sich genommen haben?*

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

Beginn (Lebensalter): _____

4.2 *Gab es, seitdem Sie zum ersten Mal _____ zu sich genommen haben, eine Zeit, in der Sie diese Substanz bzw. dieses Medikament über mindestens einen Monat hinweg nicht regelmäßig zu sich genommen haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Störung durch Substanz-/Medikamentenkonsum

***1.1** *Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente oder Drogen zu sich genommen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.3

***1.2** *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in den letzten 12 Monaten zu sich genommen?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

Hinweis: Bitte prüfen Sie im Falle von Medikamenteneinnahme, ob es sich um psychotrope Substanzen handelt, deren pharmakologische Wirkung das Belohnungssystem aktiviert, indem angenehme Gefühle oder Rauscherleben erzeugt werden.

► Falls **JA** bei 1.1 und falls psychotrope Wirkung: weiter zu Frage 2.1.

***1.3** *Gab es jemals in Ihrem Leben eine Zeit, in der Sie regelmäßig über einen Zeitraum von 12 Monaten Medikamente oder Drogen genommen haben?*

JA _____ NEIN _____

***1.4** *Was und wie viel haben Sie üblicherweise in dieser Zeit zu sich genommen?*

Beschreiben (Art, Menge): _____

Hinweis: Bitte prüfen Sie im Falle von Medikamenteneinnahme, ob es sich um psychotrope Substanzen handelte, deren pharmakologische Wirkung das Belohnungssystem aktiviert, indem angenehme Gefühle oder Rauscherleben erzeugt werden.

► Falls **NEIN** bei 1.1 und 1.3 oder keine psychotropen Substanzen: weiter zu Störung durch Glücksspielen.

Ich möchte Ihnen im Folgenden nun einige Fragen zu Ihrem Medikamenten- und Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten stellen.

***2.1** *Nahmen Sie die beschriebenen Medikamente/Drogen häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA** bei 2.1: weiter zu Frage 3.1.

***2.2** *Haben Sie jemals die beschriebenen Medikamente/Drogen häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt genommen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **Nein** bei 2.1. und 2.2. weiter zu Störung durch Glücksspielen.

***3.1** *Haben Sie anhaltend den Wunsch verspürt oder erfolglos versucht, Ihren Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA**:

3.2 *Wie oft haben Sie schon versucht, weniger _____ zu sich zu nehmen oder ganz damit aufzuhören?*

Häufigkeit: _____

*4. *Haben Sie viel Zeit damit verbracht die beschriebenen Substanzen/Medikamente zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von deren Wirkung zu erholen?*

JA _____ NEIN _____

*5. *Verspürten Sie ein starkes Bedürfnis oder einen Drang, _____ zu sich zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

*6. *Haben Sie wiederholt durch den Konsum bzw. die Einnahme der Substanzen/Medikamente Schwierigkeiten bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause bekommen (z. B. wiederholtes Fernbleiben und schlechte Leistungen bei der Arbeit, Schulschwänzen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung der Kinder respektive des Haushalts)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*7. *Haben Sie, obwohl Sie wiederholt Auseinandersetzungen mit Partner, Kindern oder Freunden darüber hatten, wann und wie oft Sie _____ einnehmen, Ihren Konsum fortgesetzt (z. B. Streit mit Ehegatt*in über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen)?*

JA _____ NEIN _____

*8. *Haben Sie aufgrund des Konsums wichtige Aufgaben vernachlässigt, eingeschränkt oder aufgegeben, wie z. B. Arbeit, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.** *Nahmen Sie wiederholt in Situationen _____ zu sich, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Auto- oder Bootfahren, Fahrradfahren, Bedienen von Maschinen)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.** *Haben Sie fortgesetzt _____ konsumiert, obwohl Sie wussten, dass Sie ein medizinisches oder psychisches Problem haben, welches mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Medikamenten-/Substanzkonsum verursacht oder verstärkt wird?*

JA _____ NEIN _____

***11.1** *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie eine höhere Medikamenten-/Substanzdosis zu sich nehmen mussten als früher, um einen Rausch zu bekommen oder den gewünschten Effekt zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

***11.2** *Stellten Sie schon einmal fest, dass die gleiche Dosierung im Vergleich zu früher zu deutlich geringeren Effekten führte?*

JA _____ NEIN _____

***12.** *Haben Sie _____ oder eine andere Substanz eingenommen, um unangenehme Beschwerden (Entzugssymptome) nach Absetzen dieser Substanz/Medikament zu verringern oder zu vermeiden?*

JA _____ NEIN _____

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

Bestimme, ob: Liegen 2–3 Symptome (Fragen 2.1–12.) vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 4–5 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 6 oder mehr Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

Hinweis: Die Diagnosen eines Cannabis-, Amphetamin-, Kokain-, Opiat-, Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikaentzugs können aufgrund der Informationen aus dem DIPS nicht gestellt werden. Weitere Hinweise dazu können dem DSM-5 (ab S. 700) entnommen werden.

- *13.** *Wie stark werden Sie durch den Konsum in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in soziale Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

- *14.** Falls unklar: *Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten nur noch unter einem starken Bedürfnis oder Drang _____ zu konsumieren und sonst unter keinem der anderen Symptome mehr?*

JA _____ **NEIN** _____

Bestimme, ob: Für eine Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum „mit früher Remission“, dürfen die Kriterien einer Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum nach einer 3 Monats-Phase nicht mehr erfüllt sein (mit Ausnahme von 5.). Liegt eine Symptombefreiheit von 12 Monaten oder länger vor (mit Ausnahme von 5.), nachdem die Kriterien der Störung durch Medikamenten-/Substanzkonsum erfüllt waren, befindet sich die Störung in „anhaltender Remission“.

*15. Falls unklar: *Leben Sie oder befinden Sie sich aktuell in einer Einrichtung, in welcher der Konsum von _____ verboten ist (z. B. stationäre Behandlung, therapeutische Umgebung)?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Die Zusatzcodierung „in geschützter Umgebung“ wird dann vergeben, wenn der Substanzkonsum aufgrund eines restriktiven Zugangs durch die Umgebung unterbunden wird.

16. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt haben?*

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

Beginn (Lebensalter): _____

17.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

18. *Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten/Drogen gekommen ist?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Störung durch Glücksspielen

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Glücksspielen (z. B. Automaten, Rubbellose, Kartenspiele, Kasino, Sportwetten oder Glücksspielangebote im Internet, wie beispielsweise Onlinepoker oder Online-Sportwetten) stellen.

***1.1** *Spielen Sie regelmäßig um Geld?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.5.

1.2 *Was spielen Sie (z. B. Automaten, Sportwetten, Kasino, Glücksspielangebote im Internet)?*

Beschreiben (Art): _____

1.3 *An welchen Orten spielen Sie meistens (z. B. Gaststätten, Spielhallen, Kasino, zu Hause am Computer)?*

Beschreiben: _____

1.4 *Wie häufig spielen Sie?*

Beschreiben (Häufigkeit): _____

***1.5** *Haben Sie jemals regelmäßig um Geld gespielt?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.5: weiter mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

***1.6** *Wann war das?*

Beschreiben: _____

1.7 *Was haben Sie in diesem Zeitraum gespielt (z. B. Automaten, Sportwetten, Kasino, Glücksspielangebote im Internet)?*

Beschreiben (Art): _____

1.8 *Wie häufig haben Sie in diesem Zeitraum gespielt?*

Beschreiben (Häufigkeit): _____

***2.** *Machen Sie sich wiederholt Gedanken zu Glücksspielen (z. B. Nachdenken über die letzte Spielsituation, Planen der nächsten Spiele, Gedanken über Geldbeschaffung)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.** *Spielen Sie gelegentlich mit gesteigerten Geldeinsätzen, um so die gewünschte Erregung zu erreichen?*

JA _____ NEIN _____

***4.** *Haben Sie schon einmal versucht, Ihr Glücksspielverhalten zu reduzieren oder zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

***5.** *Fühlen Sie sich unruhig oder reizbar, während des Versuchs Ihr Glücksspielverhalten zu kontrollieren, reduzieren oder einzustellen?*

JA _____ NEIN _____

*6. *Haben Sie schon einmal gespielt, um besser mit belastenden Gefühlen zurechtzukommen (z. B. Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Traurigkeit)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*7. *Haben Sie schon einmal versucht, Glücksspielverluste durch weiteres Spielen/weitere Geldeinsätze wieder auszugleichen?*

JA _____ NEIN _____

*8.1 *Haben Sie schon einmal jemanden belogen, um das Ausmaß Ihres Spielverhaltens zu verbergen (z. B. Partner*in, Eltern, Arbeitskolleg*innen)?*

JA _____ NEIN _____

*8.2 *Waren aufgrund Ihres Glücksspielverhaltens schon einmal wichtige Beziehungen (z.B. Partnerschaft, Ehe, Beziehung zu Ihren Kindern), Ihr Arbeitsplatz oder eine Ausbildungs- bzw. Karrieremöglichkeit gefährdet?*

JA _____ NEIN _____

*9. *Verlassen Sie sich darauf, dass andere Ihnen Geld leihen, falls Sie aufgrund Ihres Glücksspielverhaltens in finanzielle Schwierigkeiten geraten würden?*

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Liegen 4–5 Symptome vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung. Bei 6–7 Symptomen liegt eine „mittelgradige“ und bei 8–9 Symptomen eine „schwere“ Störung vor.

***10. Seit wann spielen Sie?**

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Nach DSM-5 muss das problematische Glücksspielverhalten (mindestens 4 Symptome) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen.

***11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter den beschriebenen Problemen gelitten, leiden aber seit mindestens 3 Monaten unter keinem der genannten Symptome mehr?**

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Eine „frühe Remission“ liegt vor, wenn die Kriterien für die Störung durch Glücksspielen erfüllt waren, aber seit mindestens 3 Monaten und höchstens 12 Monaten nicht mehr bestehen. Bestehen die Symptome seit mehr als 12 Monaten nicht mehr, ist die Diagnose mit „anhaltender Remission“ zu vergeben.

12. Ausschluss von Substanzeffekten:**12.1 Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?**

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls JA:

12.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

Hinweis: Im DSM-5 wird für die Vergabe einer substanz/medikamenteninduzierten Angststörung das Vorliegen von Konsum/Entzugssymptomen im letzten Monat empfohlen.

JA _____ NEIN _____

13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***14.** *Wie stark werden Sie durch das Glücksspielverhalten und die beschriebenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Glücksspielverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Das Glücksspielverhalten sollte nicht besser durch eine manische Episode erklärt werden können.

15. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt haben?*

Beginn (Lebensalter): _____

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

- 16.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17. *Gab es neben dieser aktuellen Episode frühere Episoden, in denen Sie durch Glücksspielverhalten beeinträchtigt wurden?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Bestimme, ob: Wurden die Kriterien der Störung durch Glücksspielen zu mehreren Zeitpunkten erfüllt und bestanden für mehrere Monate, gingen aber zwischen diesen Perioden zurück, ist die Störung durch Glücksspielen als „episodisch“ zu bestimmen. Bestehen die Symptome über mehrere Jahre hinweg, ist die Diagnose „andauernd“.

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – 244

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

*1.1 *Fällt es Ihnen oft schwer aufmerksam zu sein bzw. lassen Sie sich leicht von Dingen um Sie herum ablenken?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*1.2 *Sind Sie oft sehr unruhig/ungeduldig, sodass Sie z. B. nicht still sitzen bleiben können, sich ständig bewegen müssen oder nicht abwarten können, bis Sie an der Reihe sind?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

*1.3 *In welchen Situationen kommt es vor, dass Sie unaufmerksam/unruhig sind (z. B. zu Hause, auf der Arbeit)?*

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1–1.2 oder falls die Problematik nur in einer Situation (z. B. auf der Arbeit, zu Hause, im Freundeskreis) besteht: weiter zu Frage 1.5.

*1.4 *Bestehen diese Symptome der Unaufmerksamkeit und Ungeduld seit Ihrer Kindheit (vor dem 12. Lebensjahr)?*

JA _____ NEIN _____

*1.5 *Gab es jemals eine Zeit, in der es Ihnen oft schwer fiel, aufmerksam zu sein bzw. Sie sich leicht von Dingen um Sie herum ablenken ließen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***1.6** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie oft sehr unruhig/ungeduldig waren, sodass Sie z. B. nicht still sitzen bleiben konnten, sich ständig bewegen mussten oder nicht abwarten konnten, bis Sie an der Reihe waren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

***1.7** *In welchen Situationen kam es vor, dass Sie unaufmerksam/unruhig waren (z. B. zu Hause, auf der Arbeit)?*

Beschreiben: _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.5.-1-6., oder falls die Problematik nur in einer Situation (z. B. auf der Arbeit, zu Hause, im Freundeskreis) besteht, weiter zu:
Borderline Persönlichkeitsstörung.

***1.8** *Bestanden diese Symptome der Unaufmerksamkeit und Ungeduld seit Ihrer Kindheit (vor dem 12. Lebensjahr)?*

JA _____ NEIN _____

► Falls nein bei 1.8 : weiter zu Borderline Persönlichkeitsstörung.

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch das Aufmerksamkeitsdefizit oder die Hyperaktivität vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 9 überzugehen.

***2.** *Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und Sie fragen, ob diese auf Sie zutreffen. Falls unklar, bitte Beispiele nennen lassen und explorieren, wie häufig das Symptom im Alltag vorkommt. Falls gewünscht, kann die folgende Skala verwendet werden.*

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Symptom vorhanden? Häufigkeit Kommentar

Unaufmerksamkeit (mindestens 5 Symptome)

***2.1** *Kommt es häufig vor, dass Sie im Alltag (z. B. während der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten) Flüchtigkeitsfehler machen (z. B. Details in einem Text übersehen, unsauber arbeiten)?*

*JA _____ *NEIN _____

***2.2** *Haben Sie häufig Schwierigkeiten, sich auf eine Aufgabe länger zu konzentrieren (z. B. einen Text zu lesen, etwas zu schreiben)?*

*JA _____ *NEIN _____

***2.3** *Kommt es häufig vor, dass Sie anderen nicht zuhören, wenn diese mit Ihnen sprechen (Sie z. B. abwesend wirken)?*

*JA _____ *NEIN _____

	Symptom vorhanden?	Häufigkeit	Kommentar
*2.4 <i>Kommt es häufig vor, dass Sie Dinge nicht zu Ende bringen (z. B. Haushalt, Arbeitsaufträge)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.5 <i>Wechseln Sie häufig zwischen mehreren Tätigkeiten, ohne die eine Tätigkeit beendet zu haben?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.6 <i>Vermeiden Sie häufig Tätigkeiten, bei denen Aufmerksamkeit erforderlich ist (z. B. Berichte verfassen, Formulare ausfüllen, längere Berichte lesen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.7 <i>Verlieren oder verlegen Sie häufig Gegenstände (z. B. Schlüssel, Unterlagen, Mobiltelefon, Brille)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.8 <i>Sind Sie häufig leicht ablenkbar (z. B. durch Geräusche, andere Personen, spontane Gedanken)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.9 <i>Sind Sie häufig vergesslich (z. B. Einkäufe, Termine, Rechnungen bezahlen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
<u>Hyperaktivität und Impulsivität (mindestens 5 Symptome)</u>			
*2.10 <i>Zappeln Sie häufig mit Händen oder Füßen oder setzen sich häufig um (z. B. in einem Stuhl)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____

	Symptom vorhanden?	Häufigkeit	Kommentar
*2.11 <i>Haben Sie häufig Schwierigkeiten, in Situationen ruhig sitzen zu bleiben, in denen es angebracht wäre (z. B. auf der Arbeit oder im Kino)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.12 <i>Laufen Sie häufig umher oder fühlen Sie sich häufig ruhelos?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.13 <i>Haben Sie häufig Schwierigkeiten ruhigen Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen nachzugehen (z. B. Lesen, Puzzeln)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.14 <i>Verspüren Sie häufig einen Drang sich zu bewegen, obwohl es nicht angebracht ist (z. B. in einer Besprechung oder im Restaurant)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.15 <i>Verspüren Sie häufig einen Rededrang oder reden Sie häufig sehr viel?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.16 <i>Kommt es häufig vor, dass Sie bereits antworten, bevor eine Frage vollständig gestellt wurde?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.17 <i>Unterbrechen Sie häufig andere Personen im Gespräch oder bei der Durchführung von Aufgaben?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____
*2.18 <i>Haben Sie häufig Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind (z. B. in Warteschlangen)?</i>	*JA _____	*NEIN _____	_____

- ▶ Falls eindeutig weniger als 5 Symptome sowohl im Bereich Unaufmerksamkeit (2.1–2.9) als auch im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität (2.10–2.18) erfüllt sind: weiter zu Borderline Persönlichkeitsstörung.

Bestimme, ob: Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »gemischtem Erscheinungsbild« liegt vor, wenn mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) sowie mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) berichtet werden.

Werden mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) aber weniger als 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) berichtet, liegt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild« vor.

Werden mindestens 5 Symptome aus dem Bereich »Hyperaktivität und Impulsivität« (2.10–2.18) aber weniger als 5 Symptome aus dem Bereich »Unaufmerksamkeit« (2.1–2.9) berichtet, liegt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit »vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild« vor.

Bestimme, ob: Treten keine oder nur wenige zusätzliche Symptome auf, als für die Erfüllung der Störung erforderlich sind und es liegt nur eine geringfügige Beeinträchtigung im Alltag vor, handelt es sich um eine „leichte“ Störung.

Eine „mittelgradige“ Störung liegt vor, wenn die Anzahl der berichteten Symptome sowie die alltägliche Belastung zwischen „leicht“ und „schwer“ liegen.

Eine „schwere“ Störung liegt vor, wenn die Anzahl der berichteten Symptome deutlich über den für die Diagnose notwendigen Symptomen liegt sowie eine starke alltägliche Belastung vorliegt.

3. Seit wann haben Sie die beschriebenen Schwierigkeiten?**Beginn (Lebensalter):** _____***4. Abklärung der Dauer**

Beträgt die Dauer der Störung mindestens 6 Monate?

JA _____ NEIN _____

Bestimme, ob: Eine Teilremittierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung liegt vor, wenn die Kriterien früher vollständig erfüllt wurden, aber in den letzten 6 Monaten nicht mehr vollständig erfüllt werden. Eine Beeinträchtigung des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus muss aktuell allerdings vorliegen.

Hinweis: Klären Sie, ob die Symptome nicht besser durch eine andere Störung erklärt werden können wie eine affektive Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder -entzug, Angststörung, dissoziative Störung,

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer psychotischen Störung auf.

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

7. Ausschluss von Substanzeffekten:

Hinweis: Das DSM-5 nennt folgende Medikamente unter den Substanzen, die medikamenteninduzierte ADHS-Symptome auslösen können:

Bronchospasmolytika, Isoniazid, Neuroleptika (Akathisie), Schilddrüsenhormone

7.1 Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

7.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

8. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen (z.B. neurokognitive Störungen wie Demenz) vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*9. *Wie stark werden Sie durch die eben besprochenen Symptome in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt?*

Wie stark sind Sie dadurch belastet?

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

10.1 *Gab es neben dieser aktuellen Phase frühere Phasen, in denen Sie sich sehr unaufmerksam oder unruhig/ungeduldig fühlten?*

JA _____ NEIN _____

10.2 *Gab es auch Zeiten, zu denen die besprochenen Schwierigkeiten stärker ausgeprägt waren?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Borderline Persönlichkeitsstö- rung

Borderline Persönlichkeitsstörung – 255

Borderline Persönlichkeitsstörung

**1.1 Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

**1.2 Zeigen Sie häufig impulsives Verhalten (wie z. B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzendes Handeln, Essanfälle usw.)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

1.3 Erleben Sie häufig plötzlich auftretende Episoden von äußerst unangenehmer, innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können?

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Screening Sexuelle Funktionsstörungen.

Im Folgenden werde ich Ihnen verschiedene Fragen zu Ihren Beziehungen, Ihrem Selbstbild und Ihren Gefühlen stellen.

Hinweis: Für die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 5 der folgenden 9 Kriterien erfüllt sein und in verschiedenen Lebensbereichen auftreten.

***2.1** *Verspüren Sie eine intensive Angst davor, verlassen zu werden, z. B. auch, wenn in dem Moment nichts dafür spricht, dass Sie wirklich verlassen werden könnten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***2.2** *Angenommen eine Trennung steht bevor oder Sie vermuten, dass Sie verlassen werden könnten, wie verhalten Sie sich dann?*

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 1 (Fragen 2.1 und 2.2) ist erfüllt, wenn enorme Anstrengungen unternommen werden, um reale oder eingebildete Situationen des Verlassenwerdens zu vermeiden. Es werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen bewertet, die bei Frage 6.1 – 6.3 berücksichtigt werden.

***3.1** *Wie würden Sie Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen beschreiben?*

Beschreiben: _____

***3.2** *Tendieren Sie dazu, Trennungen zu verhindern, obwohl eine Beziehung sehr instabil und oft sehr problematisch ist?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.3** *Haben Sie Schwierigkeiten mit engen, vertrauten Beziehungen, obwohl Sie sich oft danach sehnen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 2 (Fragen 3.1–3.3) ist erfüllt, wenn ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegt, das durch einen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

***4.1** *Wie würden Sie sich selbst beschreiben?* _____

***4.2** *Haben Sie häufig das Gefühl, nicht zu wissen, wer Sie wirklich sind?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***4.3** *Haben Sie das Gefühl, deutlich anders zu sein, als alle anderen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 3 (Fragen 4.1 – 4.3) ist erfüllt, wenn Identitätsstörung, die sich durch ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung auszeichnet, vorliegt.

***5.** *Zeigen Sie häufig ein Verhalten, welches für Sie schädlich sein könnte (z. B. unverantwortliches Verhalten, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Substanzabhängigkeit, rücksichtsloses Fahrverhalten, Essattacken)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 4 (Frage 5) ist erfüllt, wenn Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen vorliegt. Es werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen bewertet, die bei Frage 6.1 – 6.3 berücksichtigt werden.

***6.1** *Haben Sie wiederholt angedeutet oder angedroht, sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

***6.2** *Haben Sie wiederholt versucht, sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

***6.3** *Haben Sie sich wiederholt selbst verletzt?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Kriterium 5 (Fragen 6.1 – 6.3) ist erfüllt, wenn wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten vorliegen.

***7.1** *Verspüren Sie starke Stimmungsschwankungen oder fühlen Sie sich während stressiger Zeiten niedergeschlagen, irritiert oder geraten Sie leicht in Panik?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

***7.2** *Für wie lange verspüren Sie normalerweise diese Verstimmungen?*

Beschreiben: _____

***7.3** *Halten diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage an?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Kriterium 6 (Fragen 7.1–7.3) ist erfüllt, wenn eine affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Stimmungsreaktion vorliegt (z. B. intensive dysphorische Episode, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

***8.** *Fühlen Sie sich durch chronische Gefühle von Leeresein beunruhigt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***9.** *Kommt es vor, dass Sie unangemessen heftig wütend sind oder dass Sie Schwierigkeiten haben, Ihre Wut zu kontrollieren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.1** *Kommt es vor, dass Sie andere verdächtigen oder tendieren Sie dazu, unter Stress Motive von anderen als böswillig zu interpretieren?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.2** *Geschieht es manchmal, insbesondere unter Stress, dass Sie das Gefühl für Raum, Zeit oder Ihren Körper verlieren und dass Sie ein tiefgreifendes Gefühl der Unwirklichkeit überkommt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.3** *Hören Sie manchmal Stimmen oder laute Gedanken in Ihrem Kopf?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Hinweis: Kriterium 9 (Fragen 10.1–10.3) ist erfüllt, wenn vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome vorliegen.

***11.** *Wie alt waren Sie, als sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt haben?*

Beginn (Lebensalter): _____

Bitte ankreuzen:

<18

18–25

>25

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

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Sexuelle Funktionsstörungen

Screening für Männer – 263

Screening für Frauen – 265

Screening für Männer

1. *Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität erlebt haben?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1: weiter zu Psychoscreening.

Haben Sie dabei eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen gemacht?

- 2.1 *Einen anhaltenden oder wiederkehrenden Verlust von sexuellen Phantasien und des Verlangens nach Sexualität?*

JA _____ NEIN _____

- 2.2 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine zufriedenstellende Erektion (Steifwerden des Penis) zu erlangen oder diese bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?*

JA _____ NEIN _____

- 2.3 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer sexuellen Erregungsphase?*

JA _____ NEIN _____

- 2.4 *Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Auftreten eines Samenergusses bei minimaler sexueller Stimulation vor, bei oder kurz nach dem Eindringen und bevor Sie es wünschen?*

JA _____ NEIN _____

- 2.5 *Anhaltende oder wiederkehrende genitale Schmerzen in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Zur Abklärung einer sexuellen Funktionsstörung können die Störungskriterien dem DSM-5 (ab S. 577) entnommen werden.

Screening für Frauen

1. *Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität erlebt haben?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei Frage 1: weiter zu Psychoscreening.

Haben Sie dabei eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen gemacht?

- 2.1 *Einen anhaltenden oder wiederkehrenden Verlust des sexuellen Interesses?*

JA _____ NEIN _____

- 2.2 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, Erregung zu erlangen oder diese bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?*

JA _____ NEIN _____

- 2.3 *Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus bzw. eine deutliche Verminderung des Orgasmuserlebens nach einer sexuellen Erregungsphase?*

JA _____ NEIN _____

- 2.4 *Anhaltende oder wiederkehrende genitale Schmerzen oder Beckenschmerzen oder Schwierigkeiten in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr?*

JA _____ NEIN _____

2.5 *Anhaltende oder wiederkehrende Verkrampfungen der Vaginalmuskulatur?*

JA _____ NEIN _____

3. *Seit wann treten diese Schwierigkeiten auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

4. *War das schon immer so oder erst ab einem gewissen Zeitpunkt/nach einer bestimmten Erfahrung?*

Beschreiben: _____

5. *Verursachen die erwähnten sexuellen Probleme ein deutliches Leiden?*

JA _____ NEIN _____

Hinweis: Zur Abklärung einer sexuellen Funktionsstörung können die Störungskriterien dem DSM-5 (ab S. 577) entnommen werden.

Psychoscreening

Psychoscreening – 268

Psychoscreening

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

1.1 *Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben?*

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

1.3 *Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen, um gegen Sie anzugehen oder Ihnen zu schaden, sodass Sie das Gefühl hatten, ständig aufpassen zu müssen?*

JA _____ NEIN _____

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

JA _____ NEIN _____

1.5 *Wann geschah dies?*

(Mt./J.) _____

Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbe- darf

Störung durch Spielen von Internetspielen – 270

Suizidale Verhaltensstörung – 277

Störung durch Spielen von Internetspielen (allgemein bekannt als Computerspielsucht)

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Internetspielen (z. B. Online-Rollenspiele, Spiele Apps, Ego-Shooter) stellen.

***1.1** *Spielen Sie regelmäßig Computerspiele im Internet, ohne um Geld zu spielen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **NEIN**: weiter zu Frage 1.6.

1.2 *Spielen Sie eher alleine oder vorwiegend mit bzw. gegen andere?*

Alleine _____ Mit/Gegen andere _____

1.3 *Spielen Sie neben den Computerspielen im Internet auch Computerspiele offline?*

JA _____ NEIN _____

1.4 *Auf welcher Plattform/mit welchem Gerät spielen Sie überwiegend (z. B. Konsole, Handy, PC)?*

Beschreiben (Art): _____

1.5 *Wie häufig spielen Sie?*

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

Durchschnittliche Stunden pro Tag: _____

***1.6** *Haben Sie jemals regelmäßig Computerspiele im Internet gespielt?*

JA _____ NEIN _____

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.6: weiter zu Suizidale Verhaltensstörung.

***1.7** *Wann war das?*

Beschreiben: _____

1.8 *Auf welcher Plattform/mit welchem Gerät haben Sie in diesem Zeitraum gespielt (z. B. Konsole, Handy, PC)?*

Beschreiben (Art): _____

1.9 *Wie häufig haben Sie in diesem Zeitraum gespielt?*

Durchschnittliche Häufigkeit pro Woche: _____

Durchschnittliche Stunden pro Tag: _____

***2.** *Fühlen Sie sich wiederholt von Gedanken an Internetspiele (z. B. das Nachdenken über die letzte Spielsituation, Planen der nächsten Spiele, Gedanken über Avatare oder Level) beeinflusst?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.** *Fühlen Sie sich unruhig, reizbar, ängstlich oder traurig, wenn Ihnen der Zugang zu Internetspielen verwehrt wird/nicht möglich ist?*

JA _____ NEIN _____

*4. *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie zunehmend mehr Stunden mit Internetspielen verbringen mussten, um dieselbe Wirkung zu erzielen?*

JA _____ NEIN _____

*5. *Haben Sie schon einmal vergeblich versucht, Ihr Internetspielverhalten zu reduzieren, zu kontrollieren oder ganz damit aufzuhören?*

JA _____ NEIN _____

*6. *Stellten Sie schon einmal fest, dass Sie durch Internetspiele das Interesse an anderen Hobbies oder Unterhaltungsmöglichkeiten (z. B. Lesen, Filme schauen, Unterhaltungen führen) verloren haben?*

JA _____ NEIN _____

*7. *Spielen Sie weiterhin exzessiv Internetspiele, obwohl Sie wissen, dass das zu Problemen bezogen auf Ihr Befinden oder Ihre sozialen Kontakte führt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

*8. *Haben Sie schon einmal jemanden belogen, um das Ausmaß Ihres Internetspielverhaltens zu verbergen (z. B. Partner*in, Eltern, Arbeitskolleg*innen, Therapeut*innen)?*

JA _____ NEIN _____

*9. *Haben Sie schon einmal Internetspiele gespielt, um vor negativen Gefühlen zu entfliehen oder diese zu mildern (z. B. Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Traurigkeit)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***10.** *Haben Sie aufgrund Ihres Internetspielverhaltens schon einmal wichtige Beziehungen (z. B. Partnerschaft, Ehe, Beziehung zu Ihren Kindern), Ihren Arbeitsplatz oder eine Ausbildungs- bzw. Karrieremöglichkeit gefährdet oder verloren?*

JA _____ NEIN _____

***11.** *Seit wann treten diese Probleme bei Ihnen auf?*

Beginn (Mt./J.): _____

Hinweis: Nach DSM-5 muss das problematische Internetspielverhalten (mindestens 5 Symptome) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen.

Bestimme, ob: Die Schwere der Störung (leicht, mittelgradig, schwer) ist abhängig von dem Grad der Beeinträchtigung im Alltag. Eine leichte Ausprägung liegt bei Personen vor, die weniger Symptome und eine geringere Beeinträchtigung im Alltag aufweisen. Diejenigen mit einer schweren Störung verbringen mehr Stunden am Computer und haben einen massiveren Verlust von Beziehungen, der Karriere oder Ausbildungsmöglichkeiten.

12. Ausschluss von Substanzeffekten:

12.1 *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem diese Symptome begonnen haben irgendwelche Medikamente oder Drogen oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA _____ NEIN _____

Falls **JA:**

Nehmen Sie diese Substanzen aktuell noch ein? Wann haben Sie zuletzt _____ eingenommen? In welcher Menge?

JA _____ NEIN _____

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

Falls **JA**:

12.2 *Verursacht die Einnahme oder der Entzug von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome?*

JA _____ NEIN _____

13. Ausschluss organischer Ursachen:

Lagen kurz bevor oder seitdem die Symptomatik begonnen hat, besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben bzw. verursachen?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***14.** *Wie stark werden Sie durch das Internetspielverhalten und die beschriebenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Computerspielverhalten in Ihrem Leben, Ihrer Freizeit, in sozialen Situationen oder während sonstiger Aktivitäten beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

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

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

Beeinträchtigung: _____ (0–8)

Belastung: _____ (0–8)

Hinweis: Diese Störung umfasst nur nicht-glücksspielassoziierte Internetspiele. Weder Internetaktivitäten, die im Beruf notwendig sind, noch solche, die soziale Netzwerke betreffen, werden von dieser Störung eingeschlossen. Die Nutzung von Internetseiten mit sexuellem Inhalt fällt ebenfalls nicht in diesen Störungsbereich.

15. *Wie alt waren Sie, als sich erstmals einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, eingestellt haben?*

Beginn (Lebensalter): _____

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

- 16.1 *Können Sie sich an irgendetwas erinnern, das dazu geführt haben könnte, dass sich einige der Schwierigkeiten, über die wir eben gesprochen haben, erstmals eingestellt haben?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

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

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

17. *Gab es neben dieser aktuellen Phase (über die letzten 12 Monate hinweg) frühere Phasen, in denen es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Spielen von Internetspielen gekommen ist?*

JA _____ NEIN _____

Daten früherer Phasen: _____

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

Suizidale Verhaltensstörung

Im Folgenden möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, die Gedanken, Pläne oder Versuche betreffen, sich das Leben zu nehmen.

1.1 *Denken Sie in der letzten Zeit daran sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Wann war das?): _____

1.2 *Denken Sie derzeit daran lieber tot sein zu wollen?*

JA _____ NEIN _____

1.3 *Haben Sie jemals daran gedacht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben (Wann war das?): _____

1.4 *Haben Sie jemals daran gedacht lieber tot sein zu wollen?*

JA _____ NEIN _____

► Falls **JA** bei 1.1 und/oder 1.2: weiter zu Frage 2.1. Falls **NEIN** bei 1.1. und 1.2. aber **JA** bei 1.3. und/oder 1.4. :weiter zu 3.1. Falls alle Fragen bisher verneint wurden, Beenden Sie das Interview.

Hinweis: Machen Sie deutlich, dass sich die folgenden Fragen auf aktuelle Gedanken beziehen.

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

Beschreiben: _____

2.2 *Wie lange halten diese Gedanken üblicherweise an?*

Beschreiben: _____

2.3 *Haben Sie Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

2.4 *Haben Sie Vorbereitungen getroffen, Suizid zu begehen (z. B. im Internet nach Suizidmethoden gesucht, Abschiedsbrief geschrieben, persönliche Sachen verschenkt, Testament verfasst, Zahlungsmodalitäten der Lebensversicherung abgeklärt)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

2.5 *Haben Sie bereits Dinge ausprobiert (z. B. einen in Frage kommenden Ort aufgesucht, Seil bereitgelegt, Medikamente zusammengestellt)?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

***3.1** *Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

► Falls **NEIN**: beenden Sie das Interview oder kehren Sie zurück zur Sektion Major Depression.

Falls **JA**:***3.2** *Wann war das?*

Datum: _____

Hinweis: Für eine Suizidale Verhaltensstörung muss nach DSM-5 mindestens 1 Suizidversuch in den vergangenen 24 Monaten stattgefunden haben.

Bestimme, ob: Liegt der letzte Suizidversuch nicht mehr als 12 Monate zurück, ist die Zusatzcodierung „aktuell“ zu vergeben. Liegt der letzte Suizidversuch mehr als 12 Monate, aber nicht mehr als 24 Monate zurück, ist die Zusatzcodierung „in früher Remission“ zu vergeben.

3.3 *Auf welche Weise haben Sie versucht, sich das Leben zu nehmen?*

Beschreiben: _____

3.4 *Haben Sie Ihren Suizidversuch so arrangiert, dass es schwierig für andere war, Sie zu finden, aufzuhalten bzw. zu retten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

3.5** *Wie stark war Ihre Absicht zu sterben?Beschreiben:** _____

Falls die Absicht gering war:

3.6. *Warum haben Sie _____ getan?***Beschreiben:** _____**3.7** *Wurden Sie anschließend ärztlich behandelt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____***3.8** *Gab es einen politischen oder religiösen Hintergrund, aufgrund dessen Sie sich das Leben nehmen wollten?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____**4.** *Haben Sie schon mehrfach versucht sich das Leben zu nehmen?*

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Beurteilen Sie die Absicht sich tatsächlich zu suizidieren anhand der folgenden Skala:

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

Erster Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Schwerster Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Weitere Versuche

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Letzter Versuch

Datum _____ Methode _____ Absicht (0-3) _____

Hinweis: Für die Diagnose einer Suizidalen Verhaltensstörung darf/dürfen der Suizidversuch/die Suizidversuche nach DSM-5 nicht im Rahmen eines Delirs (DSM-5, S. 818) oder eines Zustandes akuter Verwirrung durchgeführt worden sein.

5. Ausschluss organischer Ursachen:Litten Sie zu diesem Zeitpunkt unter einem Delir oder einem Zustand der Verwirrtheit?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Anhang

Allgemeine Anamnese – 283

Vergangene Behandlungsgeschichte – 283

Familiengeschichte psychischer Störungen – 283

Medikation – 285

Zusammenfassung, Geistiger Zustand, Interviewverhalten, Notizen – 289

Psychosoziale Beurteilung – 290

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme – 290

Globale Erfassung des Funktionsniveaus – 291

Erzählende Zusammenfassung – 292

Klinische Einschätzungen und Diagnosen – 293

Allgemeine Anamnese

Vergangene Behandlungsgeschichte

Haben Sie jemals eine psychologische Behandlung oder Beurteilung für irgendwelche psychischen Probleme erhalten?

Wann? Klinik/Arzt? Grund? Behandlung (JA/NEIN)? Welche?

Wurden Sie jemals wegen Angstzuständen, Depressionen, Alkoholmissbrauch oder anderen emotionalen oder psychischen Problemen behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?

JA _____ NEIN _____

Wann? Welche Einrichtung? Problem, Behandlung (welche)?

Familiengeschichte psychischer Störungen

Wurde irgendjemand in Ihrer Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern) jemals wegen Ängsten, Depressionen, Alkohol- oder Drogenproblemen oder anderer solcher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen? Oder hatte jemand solche Probleme, aber suchte keine Hilfe auf?

JA _____ NEIN _____

Wer? Wann? Beschreibung des Problems? Behandlung (welche)?

Medikation

Stellen Sie den gegenwärtigen und vergangenen Gebrauch fest.

Gegenwärtiger Gebrauch

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Medikamente gegen Angst, Depression oder andere psychische Probleme (inkl. Schlafmedikamente)?

JA _____ NEIN _____

Falls JA:

Art, Dosis Von wem verschrieben? Seit wann eingenommen? Wofür?

Früherer Gebrauch

Haben Sie jemals Medikamente gegen Angst, Depression oder andere psychische Probleme (inkl. Schlafmedikamente) eingenommen?

Falls JA:

Art, Dosis Von wem verabreicht? Seit wann eingenommen? Wofür?

Haben Sie Probleme mit Medikamenten erlebt, wie zum Beispiel Nebenwirkungen oder Entzugerscheinungen?

JA _____ NEIN _____

Körperliche Krankheiten

1. *Haben Sie einen Hausarzt/Arzt, von dem Sie Ihre medizinische Versorgung erhalten?*

JA _____ NEIN _____

Name des Arztes/Klinik: _____

2. *Werden Sie derzeit wegen einer körperlichen Krankheit behandelt?*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

3. Wann war Ihre letzte körperliche/medizinische Untersuchung? _____

– Was waren die Ergebnisse dieser Untersuchung? _____

– Waren Sie jemals wegen eines körperlichen Problems hospitalisiert?

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Für was?Komplikationen?

Hatten Sie jemals eine Operation oder wurde Ihnen jemals empfohlen, eine Operation durchführen zu lassen?

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Für was?Komplikationen?

Hatten Sie jemals eine Gehirnerschütterung oder eine Kopfverletzung?

JA _____ NEIN _____

Wann?

Klinik/Spital?

Behandlung?

Komplikationen?

Wurden Sie jemals mit einer der folgenden Krankheiten diagnostiziert?

	JA	NEIN	Datum	Beschreibung
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Herzprobleme	_____	_____	_____	_____
Hoher/Tiefer Blutdruck	_____	_____	_____	_____
Epilepsie	_____	_____	_____	_____
Krebs	_____	_____	_____	_____
Schilddrüsenprobleme	_____	_____	_____	_____
Andere hormonelle Probleme	_____	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____	_____
Andere respiratorische Probl.	_____	_____	_____	_____
Migräne	_____	_____	_____	_____
Hirnschlag	_____	_____	_____	_____
Magen-Darm-Probleme	_____	_____	_____	_____
Blutkrankheiten	_____	_____	_____	_____
HIV/AIDS	_____	_____	_____	_____
Andere Krankheiten	_____	_____	_____	_____

Tritt eine dieser Krankheiten (z. B. Herzprobleme, Krebs usw.) in Ihrer Familie (z. B. Vater, Mutter, Geschwister) auf?

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Haben Sie Allergien (z. B. Heuschnupfen, Medikamente usw.)?

JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen der folgenden Tests? Wenn ja, ergaben diese Tests etwas Ungewöhnliches?

	JA	NEIN	Datum	Resultat
Elektrokardiogramm, EKG	_____	_____	_____	_____
Elektroenzephalogramm, EEG	_____	_____	_____	_____
CT, MRT	_____	_____	_____	_____
Röntgen	_____	_____	_____	_____
Bluttest	_____	_____	_____	_____
Urintest	_____	_____	_____	_____

Bei Frauen

Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Mt./J.) _____

Gibt es Grund zur Annahme, dass Sie schwanger sind?

JA ____ NEIN ____

Hatten Sie jemals gynäkologische Probleme, Fehlgeburten?

JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Zusammenfassung

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

Was sind die Hauptveränderungen, die Sie machen möchten?

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

Geistiger Zustand

Interviewverhalten

Psychosoziale Beurteilung

- Klinische Störungen
- Andere klinisch relevante Probleme
- Persönlichkeitsstörungen
- Geistige Behinderung
- Medizinische Krankheitsfaktoren
- Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
- Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

- Probleme im familiären Umfeld (z. B. Tod eines Familienmitglieds, gesundheitliche Probleme in der Familie, Scheidung, Trennung, Auszug von zu Hause, Wiederverheiratung eines Elternteils, sexueller oder körperlicher Missbrauch, Vernachlässigung des Kindes, Geburt eines Geschwisters)
- Probleme im sozialen Umfeld (z. B. Tod oder Verlust eines Freundes, mangelnde soziale Unterstützung, Alleinleben, Diskriminierung)
- Ausbildungsprobleme (z. B. Lernprobleme, Schwierigkeiten mit Lehrern oder Mitschülern, mangelhaftes schulisches Umfeld)
- Berufliche Probleme (z. B. Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsbedingungen, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Arbeitsplatzwechsel, Streit mit Vorgesetzten oder Kollegen)
- Wohnungsprobleme (z. B. Obdachlosigkeit, mangelhafte Wohnsituation, unsichere Wohngegend, Streit mit Vermieter oder Nachbarn)
- Wirtschaftliche Probleme (z. B. extreme Armut, mangelhafte finanzielle Situation)
- Probleme beim Zugang zu Einrichtungen der Krankenversorgung (z. B. ungenügende Krankenversorgung, ungenügende Krankenversicherung)
- Probleme beim Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz (z. B. Festnahme, Inhaftierung, Rechtsstreit)
- Andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme (z. B. Erleiden von Katastrophen, Krieg oder anderen Feindseligkeiten)

Die relevanten psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme sollten erkannt werden. Auf dem Erhebungsbogen »Klinische Einschätzungen und Diagnosen« kann der Interviewer die einzelnen Probleme auflisten.

Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Beurteilen Sie das Ausmaß der psychischen, sozialen und beruflichen Anpassung bzw. des Wohlbefindens auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit – Krankheit. Lassen Sie dabei Beeinträchtigungen außer Acht, die durch körperliche oder Umweltbeschränkungen verursacht sind. Obwohl nur für Zehnerstufen Verankerungen definiert sind, können Sie zur Beurteilung jede Zahl zwischen 1 und 100 wählen. Schätzen Sie bitte den gegenwärtigen Zustand und den des letzten Jahres der Patientin bzw. des Patienten ein.

- 100-91 Keine Symptome; sehr gute Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten
- 90-81 Abwesende oder minimale Symptomatik (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Anpassung in allen Bereichen, interessiert und beteiligt an einer großen Breite von Aktivitäten, sozial effizient, allgemein zufrieden mit dem Leben, nicht mehr als alltägliche Probleme oder Sorgen (z. B. gelegentlicher Streit mit Familienmitgliedern).
- 80-71 Falls Symptome vorhanden sind, stellen sie vorübergehende und zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Stressoren dar (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach Familienstreit); nicht mehr als geringfügige Beeinträchtigung in sozialer, beruflicher oder schulischen Anpassung (z. B. zeitweise Hinterherhinken bei Schularbeiten).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung und leichte Schlaflosigkeit) oder gelegentliche Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung, im Allgemeinen gute Leistungsfähigkeit, hat einige bedeutende zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßige Symptomatik (z. B. flacher Affekt und umständliche Sprache, gelegentliche Angstanfälle) oder mäßige Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Kollegen).
- 50-41 Ernsthafte Probleme (z. B. Suizidgedanken, schwere Angstanfälle oder Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder eine schwere Beeinträchtigung bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. keine Freunde, kann keinen Arbeitsplatz behalten).
- 40-31 Ziemliche Beeinträchtigung bei Realitätskontakt oder Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, obskur oder irrelevant) oder schwere Beeinträchtigung in mehreren Bereichen wie Arbeit oder Schule, Familienbeziehungen, Urteilsfähigkeit, Denken oder Stimmung (z. B. depressive/ängstliche Person vermeidet Freunde, vernachlässigt Familie und ist arbeitsunfähig; Kind schlägt häufig kleinere Kinder zusammen, ist trotzig zu Hause und versagt in der Schule).
- 30-21 Verhalten ist beträchtlich beeinflusst von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen oder ernsthafte Beeinträchtigung von Kommunikation oder Urteilsfähigkeit (z. B. manchmal inkohärent, grob unangemessenes Verhalten, völlig in Anspruch genommen von Suizidgedanken) oder unfähig zur Anpassung in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, keine Arbeit, kein Zuhause, keine Freunde).
- 20-11 Ziemliche Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen (z. B. Suizidversuche ohne deutliche Todeserwartung, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder hält gelegentlich minimale persönliche Hygiene nicht mehr aufrecht (z. B. verschmiert Exkrememente) oder grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (z. B. weitgehend inkohärent oder mutistisch).
- 10-1 Anhaltende Gefahr, sich selbst oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewalttätigkeit) oder anhaltende Unfähigkeit, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte suizidale Tat mit deutlicher Todeserwartung.
- 0 Unzureichende Informationen

Gegenwärtiges Anpassungsniveau/Wohlbefinden (0–100): _____

Letztes Jahr (0–100): _____

Klinische Einschätzungen und Diagnosen

In einigen Fällen können auch zwei Primärdiagnosen gegeben werden. Dies hängt allein von der klinischen Einschätzung des Interviewers ab. Geben Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala 0-8 an:

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

DSM-5-Diagnosen

Beurteilen Sie außer Diagnose und Schweregrad auch die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100.

Primäre Diagnose	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Zusätzliche Diagnosen	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Medizinische Krankheitsfaktoren	Schweregrad	Sicherheit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (akut/anhaltend):

Globale Beurteilung des Funktionsniveaus:

Derzeit: _____ Im letzten Jahr: _____

Falls die Einschätzung für die Sicherheit der Diagnose unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Frühere Diagnosen

Beurteilen Sie außer Diagnose, Schweregrad, Beginn und Remission auch die Sicherheit, mit der Sie die Diagnose geben, auf einer Skala von 0–100.

Diagnose	Schweregrad	Beginn	Remission	Sicherheit
----------	-------------	--------	-----------	------------

Zeit: Interviewbeginn _____ Interviewende _____

Falls die Einschätzung für die Sicherheit der Diagnose unter 70 liegt, bitte kommentieren:

Protokollbogen zum DIPS O- pen Access

Datum: _____

Interviewer/in: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Anzahl Haushaltsmitglieder: _____

Beruf: _____

Religion: _____

Kinder:

Alter	Geschlecht	Zu Hause	Wann Auszug?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Familienstand:

_____	Verheiratet	Datum: _____
_____	Ledig	Datum: _____
_____	Feste Partnerschaft	Datum: _____
_____	Getrennt	Datum: _____
_____	Geschieden	Datum: _____
_____	Verwitwet	Datum: _____
_____	Sonstiges	Datum: _____

Frühere Ehen JA ____ NEIN ____ Daten: _____

Probleme:

Überblick: _____

Familie/Freund*innen: _____

Arbeit/Schule: _____

Gesundheit: _____

Finanzielle _____

Angelegenheiten: _____

Juristische _____

Angelegenheiten: _____

Andere Bereiche: _____

Panikanfälle/Panikstörung (F41.0)

*1.1 Panikanfälle? JA ___ NEIN ___

*1.2 Panikanfälle früher? JA ___ NEIN ___

1.3 Wann (Mt./J.) von ___ bis ___

*2.1 Situationen: _____

*2.2 Unerwartet? JA ___ NEIN ___

*3 Höhepunkt? JA ___ NEIN ___

4. Letzter typischer Anfall Datum: ___

*5. Symptomeinschätzung Schweregrad/
Vorhanden? Beunruhigung(0-3):

*5.1 Herzklopfen *JA ___ *NEIN ___

*5.2 Schwitzen *JA ___ *NEIN ___

*5.3 Zittern/Beben *JA ___ *NEIN ___

*5.4 Kurzatmigkeit/Atemnot *JA ___ *NEIN ___

*5.5 Erstickungsgefühle *JA ___ *NEIN ___

*5.6 Schmerzen in Brust *JA ___ *NEIN ___

*5.7 Übelkeit/Magenprobleme *JA ___ *NEIN ___

*5.8 Schwindel *JA ___ *NEIN ___

*5.9 Unwirklichkeit *JA ___ *NEIN ___

*5.10 Kontrollverlust *JA ___ *NEIN ___

*5.11 Angst zu sterben *JA ___ *NEIN ___

*5.12 Taubheit/Kribbeln *JA ___ *NEIN ___

*5.13 Hitze/Kälte *JA ___ *NEIN ___

6. Durchschn. Anzahl/Monat: _____

Panikstörung:

*7. Sorge letzter Monat? JA ___ NEIN ___

*8. Bedeutung:

*8.1 Verrückt werden? JA ___ NEIN ___

*8.2 Herzinfarkt? JA ___ NEIN ___

*8.3 Kontrollverlust? JA ___ NEIN ___

*8.4 And. Konsequenz? JA ___ NEIN ___

*9. Verhaltensänderung? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *Wiederh. Panikatta-
cken*

*1.1 (aktuell)

*1.2 (früher)

*2.1, *2.2, *3

und mind. 4 von

*5.1-*5.13

Kriterium B:

→ *mind. 1 Monat
kogn. oder beh.*

Veränd.

mind. 1 aus

*7,*8.1-*8.4, *9

Beschreiben: _____

*10. Vermeidung Situationen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*11.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___

*12. Körperl. Bedingungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

13. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

14. Auslöser? _____

15. Maßnahme? _____

16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

17. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Panikstörung:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Agoraphobie (F40.00):

*1.1 Angst? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Vermeidung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Kriterium D:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

*10.

und differential-diagn. Abklärung

Kriterium C:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

*11.1, *11.2,

*12.

und differential-diagn. Abklärung

Kriterium D:

→ *Vermeidung*

oder nur in Be-

gleitung oder unter

*1.3 Panikartige Sympt? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.4 Angst früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.5 Vermeidung früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.6 Panikart. Sympt. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.7 Datum: (Mt./J.) _____

Beschreiben: _____

*2.1 Begleitung? JA ___ NEIN ___

2.2 Wer? _____

*3. Gefürchtete Situationen aus mind. 2 Bereichen:

*3.1 Symptomeinschätzung (0-3):

Öffentliche Verkehrsmittel (A1)

Schwere- Kommen-

*Angst *Vermeidung grad tar

*3.1 Autofahren *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.2 Busfahren *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.3 Zugfahren *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.4 Schifffahren *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.5 Fliegen *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.6 Andere: _____ *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

Öffentliche Plätze (A2)

*3.7 Parkplätze *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.8 Marktplätze *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.9 Brücken *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.10Andere: _____ *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

Geschlossene Räume (A3)

*3.11Kino,

Theater etc. *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.12Geschäfte *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.13Fahrstühle *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*intensiver Angst/
Furcht aushaltbar*

*1.2 (aktuell)

*1.5 (früher)

und *2.1

Kriterium B:

→ *Furcht oder Vermeidung, weil Flucht schwierig oder peinlich oder keine Hilfe erreichbar*

*1.2,*1.3. (aktuell)

*1.5, *1.6 (früher)

Kriterium A:

→ *Ausgeprägte Angst oder Furcht vor mind. 2 Situationen*

*1.1 (aktuell)

*1.4 (früher)

und

*3.1-*3.21 (aus

mind. 2 verschie-

denen Bereichen)

*3.14enge

Räume *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.15Allein zu

Haus *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.16Andere: _____ *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

Menschenmengen (A4)

*3.17 Schlange

stehen *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.18 Menschen-

ansamm. *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.19 Andere: _____ *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

Draußen alleine sein (A5)

*3.20 aus Haus *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*3.21 Andere: _____ *JA___ *NEIN___ *JA___ *NEIN___ _____

*4. Jedes Mal Angst? JA ___ NEIN ___

5. Sicherheitsverhalten? JA ___ NEIN ___

6. Befürchtungen? _____

7. Verhalten? _____

Geschichte:

8.1 Erinn. an 1. Anfall? JA ___ NEIN ___

8.2 Ort: _____

8.3 Mit wem? _____

8.4 Wie Beginn? _____

8.5 Verhalten? _____

9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

9.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11.1Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

*11.2Dauer mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___

Kriterium C:

→ Fast immer

Furcht- oder
Angstreaktionen

*4.

Kriterium H:

→ *Ausschl. organ.
Krankheit*

*10.

Kriterium F:

→ *Dauer mind.
6 Monate*

*11.2

12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*13. Angemessen? JA ___ NEIN ___

*14. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium E:
 → *Furcht/Angst*
unverhältnismäßig
 *13.

Kriterium G:
 → *Leidensdruck*
 *14.

Kriterium I:
 → *Ausschl.*
anderer
Störungen
 differential-
 diagn. Abklärung

Kriterium A:
 → *Ausgeprägte*
Angst/Furcht vor Beur-
teilung in sozialen Si-
tuationen

*1.1 (aktuell)
 *1.4(früher)

Kriterium B:
 → *Angst/Furcht vor*
negativer Beurteilung
(peinlich); Symptome
offenbaren
 *1.2, *1.3.* (aktuell)
 1.5 *1.6.(früher)

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Agoraphobie:

Aktuell: o	Früher: o		
A1: JA ___ NEIN ___	A2: JA ___ NEIN ___		
A3: JA ___ NEIN ___	A4: JA ___ NEIN ___		
A5: JA ___ NEIN ___	B: JA ___ NEIN ___		
C: JA ___ NEIN ___	D: JA ___ NEIN ___		
E: JA ___ NEIN ___	F: JA ___ NEIN ___		
G: JA ___ NEIN ___	H: JA ___ NEIN ___		
I: JA ___ NEIN ___	J: JA ___ NEIN ___		

Soziale Angststörung (Soziale Phobie) (F40.10):

*1.1 Soziale Angst? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.2 A. vor Peinlichkeit? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.3 A. vor Symptomen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.4 Soziale A. früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.5 A. vor Peinlichkeit früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.6 A. vor Symp. früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.7 Wann (Mt./J.)? von ____ bis ____

*2.1 Vermeidung? JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

*2.2 Ertragen unter Angst? JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

*3. Symptomeinschätzung (0–3)

Schwere- Kommen-

*Angst *Vermeidung grad tar

*3.1 Partys *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.2 Treffen *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*2.3 Essen öff. *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.4 Öffentl.

Toilette *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.5 Vertraute *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.6 Gruppe *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.7 Auftritte *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.8 Unvertraute *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.9 Schreiben *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.10Rendezvous *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.11Autoritäten *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.12Selbstsicher

sein: *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(1) Rückweisu. *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(2) Bitte *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.13Gespräch 1 *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.14Gespräch 2 *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.15Prüfungen: *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(1) mündlich *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(2) schriftlich *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*3.16Andere

Situationen: *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(1) _____ *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

*(2) _____ *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ _____

Kriterium D:

→ Vermeidung der Situationen oder Ertragen unter Angst

*2.1.-*2.2.; *3.1.-*3.16

Kriterium I:

→ Ausschl.

anderer

Störungen

differential-

diagn. Abklärung

*7, *11

Kriterium C:

→ fast immer

Furcht oder

Angstreaktionen

*6.

*4.1 Seit wann? _____ (Mt./J.)

*4.2 Mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___

5. Befürchtungen:

Vorher: _____

Während: _____

Danach: _____

*6. Immer/Beginn sofort? JA ___ NEIN ___

*7. Situationen vermeiden? JA ___ NEIN ___

8. Bitte ankreuzen:

weiblich ___ männl. ___ Ø U. ___

älter ___ jünger ___ Ø U. ___

attraktiv ___ unattr. ___ Ø U. ___

verheiratet ___ unverh. ___ Ø U. ___

Freunde ___ Fremde ___ Ø U. ___

gr.Gruppe ___ kl.Gruppe ___ Ø U. ___

informell ___ formell ___ Ø U. ___

Andere: _____

*9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*9.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___

*10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11 kulturelle Ursache? JA ___ NEIN ___

12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*13. Angemessen? JA ___ NEIN ___

*14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Kriterium F:

→ Dauer mind. 6 Monate

*4.1-*4.2

Kriterium J:

→ Wenn Krankh., dann ohne Zh. zu Angst/Furcht/

Vermeidung oder diese sind übermäßig

*10., *13.

Kriterium H:

→ Ausschl.

Substanz/Krankh.

*9.1, *9.2, *10.

und differential-diagn. Abklärung

Kriterium E:

→ Furcht/Angst

unverhältnismäßig

*13.

Kriterium G:

→ Leidensdruck

*14.

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Soziale Angststörung:

Aktuell: o

Früher: o

- | | | | | | | | | | |
|----|----|-----|------|-----|----|----|-----|------|-----|
| A: | JA | ___ | NEIN | ___ | B: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| C: | JA | ___ | NEIN | ___ | D: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| E: | JA | ___ | NEIN | ___ | F: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| G: | JA | ___ | NEIN | ___ | H: | JA | ___ | NEIN | ___ |
| I: | JA | ___ | NEIN | ___ | J: | JA | ___ | NEIN | ___ |

Nur Auftritte betreffend?: o

Spezifische Phobie 1 (F40.2x):

*1.1 Spezif. Angst? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Spezif. Angst früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

***2. Symptomeinschätzung (0–3):**

Schwere- Kommen-

*Angst *Vermeidung grad tar

Tiere: Welche?

*2.1 Tier 1: _____ *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.2 Tier 2: _____ *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

Umwelt

*2.3 Höhen *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.4 Stürme *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.5 Wasser *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.6 Sonst.: _____ *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

Blut, Spritzen, Verletzungen

*2.7 Blut *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.8 Spritze *JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

*2.9 Blutentnahm.*JA ___ *NEIN ___ *JA ___ *NEIN ___ _____ _____

Situativ:

Kriterium A:

→ *Ausgeprägte Angst/Furcht vor spez. Objekt oder Situation*

*1.1 (aktuell)

*1.2 (früher)

Kriterium C:

→ *Angst/Vermeidung des Objektes oder der Situation*

mind. 1 aus *2.1-

*2.18, *4.2

*2.10 Flugzeuge *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.11 Aufzüge *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.12 enge Räume *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.13 sonstige
 Situationen *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____
Sonstiges:

*2.14 Behandlungen *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.15 Verschlüssen *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.16 Erbrechen *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.17 Anstecken *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

*2.18 Sonst.: ____ *JA__ *NEIN__ *JA__ *NEIN__ ____ ____

3. Befürchtungen:
 Beschreiben: _____
 Vorher: _____
 Während: _____
 Danach: _____

*4.1 Beginn sofort? JA __ NEIN __

*4.2 Zunahme Angst? JA __ NEIN __

*4.3 Vermeidung? JA __ NEIN __

*4.4 Außerh. spez. Sit.? JA __ NEIN __

*4.5 Situationen: _____

*5.1 Seit wann? _____ (Mt./J.)

*5.2 Dauer mind. 6 Monate? JA __ NEIN __

6.1 Medikam./Drogen? JA __ NEIN __
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

6.2 Symptome bed.? JA __ NEIN __

7. Organ. Ursache? JA __ NEIN __
 Beschreiben: _____

8. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

Kriterium B:
 → *Fast immer*
Furcht- oder
Angstreaktionen
 *4.1, *4.2

Kriterium E:
 → *Dauer mind.*
6 Monate
 *5.1, *5.2

Kriterium D:
 → *Furcht oder*
Angst unverhältnismäßig
 * 9.

- 8.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 8.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *9. Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *10. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
11. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium F:

→ *Leidensdruck*

*10.

Kriterium G:

→ *Ausschl.*

anderer Störungen

differential-diagn.

Abklärung *4.3-*4.5

Spezifische Phobie 2 (F40.2xx):

14. Befürchtungen:
 Beschreiben: _____
 Vorher: _____
 Während: _____
 Danach: _____
- *15.1 Beginn sofort? JA ___ NEIN ___
- *15.2 Zunahme? JA ___ NEIN ___
- *15.3 Vermeidung? JA ___ NEIN ___
- *15.4 Außerh. spez. Sit.? JA ___ NEIN ___
- *15.5 Situationen: _____
- *15. Dauer mind. 6 Monate? JA ___ NEIN ___
- 16.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- 16.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
17. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
18. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)
- 18.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 18.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

- *19. Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *20. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
Belastung? _____ (0–8)
21. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
- Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Spezifische Phobie 1:

Aktuell: Früher:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A: JA ___ NEIN ___ | B: JA ___ NEIN ___ |
| C: JA ___ NEIN ___ | D: JA ___ NEIN ___ |
| E: JA ___ NEIN ___ | F: JA ___ NEIN ___ |
| G: JA ___ NEIN ___ | |

- Tier: (F40.218)
- Umwelt: (F40.228)
- Blut-Spritzen-Verletz.: (F40.23x)
- Furcht vor Blut (F40.230)
- Furcht vor Spritzen (F40.231)
- Furcht vor med. Beh. (F40.231)
- Furcht vor Verletz. (F40.233)
- Situativ: (F40.248)
- Anderer Typus: _____ (F40.298)

Spezifische Phobie 2:

Aktuell: Früher:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A: JA ___ NEIN ___ | B: JA ___ NEIN ___ |
| C: JA ___ NEIN ___ | D: JA ___ NEIN ___ |
| E: JA ___ NEIN ___ | F: JA ___ NEIN ___ |
| G: JA ___ NEIN ___ | |

- Tier: (F40.218)
- Umwelt: (F40.228)

- Blut-Spritzen-Verletz.: (F40.23x)
- Furcht vor Blut (F40.230)
- Furcht vor Spritzen (F40.231)
- Furcht vor med. Beh. (F40.231)
- Furcht vor Verletz. (F40.233)
- Situativ: (F40.248)
- Anderer Typus: _____ (F40.298)

Generalisierte Angststörung (F41.1):

- *1.1 Sorgen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.2 Welche? _____
- *1.3 Kontrolle schwierig? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.4 Sorgen früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.5 Welche früher? _____
- *1.6 Kontrolle schwierig? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 1.7 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___
- 2.1 Andere Auslöser? JA ___ NEIN ___
- 2.2 Welche? _____

***3. Symptomeinschätzung (0–3):**

	Sorgen	Ausprägung	Unkontrol.	Komment.
*3.1 Familie	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.2 Arbeit	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.3 Finanzen	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.4 Gesundheit 1	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.5 Gesundheit 2	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.6 Soziales	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.7 Alltägliches	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.8 Gesellschaft	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.9 Sonstiges 1	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____
*3.10 Sonstiges 2	*JA___ *NEIN___	_____	_____	_____

Kriterium A:

→ *Übermäßige Angst/Sorge bzgl. mehrerer Ereign. oder Tätigkeiten, während mind. 6 Monaten an den meisten Tagen*

- *1.1 (aktuell)
- *1.4 (früher)
- *3.1-3.10, *4.1-4.3, *5

Kriterium B:

→ *Schwierigkeiten Sorgen zu kontrollieren*

- *1.3 (aktuell)
- *1.6 (früher)
- und
- *3.1-3.10

*4.1 Dauer? _____

*4.2 Mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___

*4.3 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

*5. % Sorgen pro Tag: _____%

*6. Einschätzung (0–3)

	*Sympt. erfüllt?	Schweregrad	Mehrzahl
*6.1 Ruhelosigk.	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___
*6.2 Ermüdbark.	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___
*6.3 Konz.probl.	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___
*6.4 Reizbarkeit	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___
*6.5 Muskelspan.	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___
*6.6 Schlafprobl.	*JA ___ *NEIN ___	_____	*JA ___ *NEIN ___

7. Auslöser? _____

8.1 Sorgenbewältigung JA ___ NEIN ___
 Bewältig. 1: _____
 Bewältig. 2: _____

8.2 Häufigkeit Bewältig. 1? _____ (0–3)
 Häufigkeit Bewältig. 2? _____ (0–3)

*9.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*9.2 Symptome verursacht.? JA ___ NEIN ___

*10. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

11. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*12. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

13. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C:

→ *Angst/Sorge mit mind. 3 Symptomen verbunden (mind. einige Symptome in den letzten 6 Monaten an Mehrzahl der Tage)*

*6.1- *6.6

Kriterium D:

→ *Leidensdruck*

*12.

Kriterium E:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

*9.1, *9.2, *10. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium F:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Generalisierte Angststörung:

Aktuell: o

Früher: o

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A: JA ___ NEIN ___ | B: JA ___ NEIN ___ |
| C: JA ___ NEIN ___ | D: JA ___ NEIN ___ |
| E: JA ___ NEIN ___ | F: JA ___ NEIN ___ |

Störung mit Trennungsangst (F93.0):

*1.1 Trennungsangst? JA ___ NEIN ___

1.2 Personen: _____

*1.3 Trennungsangst früher? JA ___ NEIN ___

1.4 Personen früher: _____

1.5 letzte Phase: _____

***2. Symptomeinschätzung (0-3):**

*Sympt. erfüllt? Angst Vermeidung

*2.1 Trennung von zu
Hause/Bezugsperson JA___ NEIN___ _____

*2.2 Bezugsperson verlieren JA___ NEIN___ _____

*2.3 unerwünschtes Ereignis JA___ NEIN___ _____

*2.4 aus dem Haus gehen JA___ NEIN___ _____

*2.5 Alleine sein JA___ NEIN___ _____

*2.6 schlafen JA___ NEIN___ _____

*2.7 Alpträume JA___ NEIN___ _____

*2.8 körperliche Symptome JA___ NEIN___ _____

3. Jedes Mal Angst? JA ___ NEIN ___

*4.1 Seit wann (Mt./J.)? _____

*4.2 Dauer mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___

5.1 Erinn. an 1. Mal? JA ___ NEIN ___

5.2 Lebensalter: _____

5.3 Ort: _____

5.4 Wie Beginn? _____

5.5 Verhalten? _____

Kriterium A:

→ *unangemessene Angst vor und Vermeidung von Trennungssit.*

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

*7. und mind. 3 von

*2.1-2.8

Kriterium B:

→ *Dauer mind. 6 Monate*

*4.1-4.2

- 6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *7 Angemessen? JA ___ NEIN ___
- 8.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- 8.2 Symptome verursacht? JA ___ NEIN ___
9. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *10. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)
11. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Kriterium D:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*
 *10.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung mit Trennungsangst:

Aktuell: o

Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Manische Episode/Hypomane Episode (F31.xx)

*1.1 Manische Phase? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.2 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

*2. Symptomeinschätzung (0–3):

Sympt. vorh.? Häufigkeit Schweregr.

*2.1 Reizbarkeit *JA___ *NEIN___ _____

*2.2 Hochstimmung *JA___ *NEIN___ _____

*2.3 Überh. Selbstwert *JA___ *NEIN___ _____

*2.4 Weniger Schlaf *JA___ *NEIN___ _____

*2.5 Rededrang *JA___ *NEIN___ _____

*2.6 Ideenflucht *JA___ *NEIN___ _____

Kriterium A:

→ *Angehaltene Periode abnorm und anhaltend gehobener oder reizbarer Stimmung und abnorm und anhaltend gesteigerter zielgerichteter Aktivität und Energie von mind. 1 Woche (4 Tage bei hypomaner Episode), für die meiste Zeit des*

*2.7 Ruhelosigkeit *JA ___ *NEIN ___

*2.8 Aktivitäten *JA ___ *NEIN ___

*2.9 Ablenkbarkeit *JA ___ *NEIN ___

*3. Mind. 1 Woche? JA ___ NEIN ___
Anzahl Tage: _____

(*4. Von anderen bemerkbar? JA ___ NEIN ___

*5.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

*5.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*6. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*7.1 Psychot. Sympt.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

7.2 1. Mal _____ (Mt./J.)

7.3 Dauer: _____

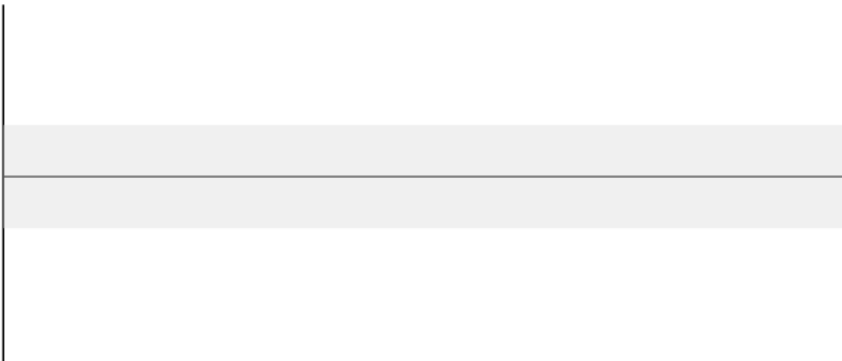
*8.1 Depr. Phase? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*8.2 von anderen beobachtbar? JA ___ NEIN ___

*9. Mehrmals Hochphasen neben Depr.? JA ___ NEIN ___

+

Stimmung



Verlauf

-

Erste Episode: von ___ bis ___

Schwerste Episode: von ___ bis ___

Weitere Episoden: von ___ bis ___

Letzte Episode: von ___ bis ___

*10. 2 Mt. symptomfrei? JA ___ NEIN ___

Tages, an fast allen Tagen

*1.1, *2.1., *2.2., *3.

Kriterium B:
→ *Mind. 3 (bei nur reizbarer Stimmung 4) Symptome*
*2.3 - *2.9

Kriterium C

Kriterium E
(hypoman):
→ *Ausschluss Hospitalis.*
*13.

Kriterium D (man.)

Kriterium F (hyp.)
→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
*5.1, *5.2, *6.
und differential-diagn. Abklärung

Kriterium C (hyp.)
→ *Eindeutige und untypische Veränderung des Funktionsniveaus*
*2.1- *2.9, *4.

11. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)

12.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
 Urteilsvermögen? _____ (0-8)
 Ärztliche Aufsicht? JA ___ NEIN ___
 Gefährdung? JA ___ NEIN ___

14. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C (man.)
 → *deutliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus, Eigen- oder Fremdgefährdung oder psychot. Sympt.*

*4, *7.1, *13

Kriterium D (hyp.)
 → *Veränderung des Funktionsniveaus durch andere beobachtbar*

*4.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Manische Episode:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Hypomane Episode:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
 E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

Aktuelle oder letzte Episode manisch

Bipolar-I-Störung, leichtgradig: o (F31.11)
 Bipolar-I-Störung, mittelgradig: o (F31.12)
 Bipolar-I-Störung, schwergradig: o (F31.13)
 Bipolar-I-Störung, psych. Merk.: o (F31.2)

- Bipolar-I-Störung, teilrem.: (F31.73)
- Bipolar-I-Störung, vollrem.: (F31.74)
- Bipolar-I-Störung, NNB: (F31.9)

Aktuelle oder letzte Episode depressiv

- Bipolar-I-Störung, leichtgradig: (F31.31)
- Bipolar-I-Störung, mittelgradig: (F31.32)
- Bipolar-I-Störung, schwergradig: (F31.4)
- Bipolar-I-Störung, psych. Merk.: (F31.5)
- Bipolar-I-Störung, teilrem.: (F31.75)
- Bipolar-I-Störung, vollrem.: (F31.76)
- Bipolar-I-Störung, NNB: (F31.9)
- Bipolar-II-Störung: (F31.81)

Persistierende depressive Störung

(Dysthyme Störung) (F34.1)

- *1.1 2 J. depr. Selbstbild? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 2 J. depr. Fremdbild? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.3 Depr. Selbstbild früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.4 Depr. Fremdbild früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *2. Mehrzahl Tage? JA ___ NEIN ___
- 3. Symptomeinschätzung (0–3): Schweregrad
- *3.1 Appetit zu *JA ___ *NEIN ___
 Appetit ab
- *3.2 Insomnie *JA ___ *NEIN ___
 Hypersomnie
- *3.3 Müdigkeit *JA ___ *NEIN ___
- *3.4 Selbstwert *JA ___ *NEIN ___
- *3.5 Konz.schwier. *JA ___ *NEIN ___
- *3.6 Hoffnungslos *JA ___ *NEIN ___

Kriterium A:

→ *Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages, an der Mehrzahl der Tage, über mind. 2 Jahre, selbst berichtet oder beobachtet*
 *1.1, *1.2 (aktuell)
 *1.3, *1.4 (früher)
 *2.

Kriterium D:

→ *Kriterien der Major Depression können 2 Jahre durchgängig erfüllt sein*
 *5.1, *5.2.

*4.1 Mind. 2 M. ohne Symptome? JA ___ NEIN ___

4.2 Zeitraum Von (Mt./J.): ___ Bis (Mt./J.): ___

*5.1 Verschlimmerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*5.2 Symptomfrei? JA ___ NEIN ___
Dauer: _____

*6.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

*6.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*7. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*8. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)

9.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

9.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*10. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)

Kriterium B:

→ *Mind. 2 Sympt. während depr. Verstimmung*
*3.1-3.6

Kriterium C:

→ *keine Symptomfreiheit*
> 2 Monate
*4.1

Kriterium E:

→ *Keine Manie, Hypomanie, Zyklotymie*
differential-diagn. Abklärung

Kriterium F:

→ *Ausschl. anderer Störungen*
differential-diagn. Abklärung

Kriterium G:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*
*6.1, *6.2, *7 und differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Persistierende Depressive Störung:

Aktuell:

Früher:

A: JA ___ NEIN ___	B: JA ___ NEIN ___
C: JA ___ NEIN ___	D: JA ___ NEIN ___
E: JA ___ NEIN ___	F: JA ___ NEIN ___
G: JA ___ NEIN ___	H: JA ___ NEIN ___

früher Beginn :

später Beginn:

Major Depression (F32.xx; F33.xx)

*1.1 Depr. Stimmung? JA ___ NEIN ___

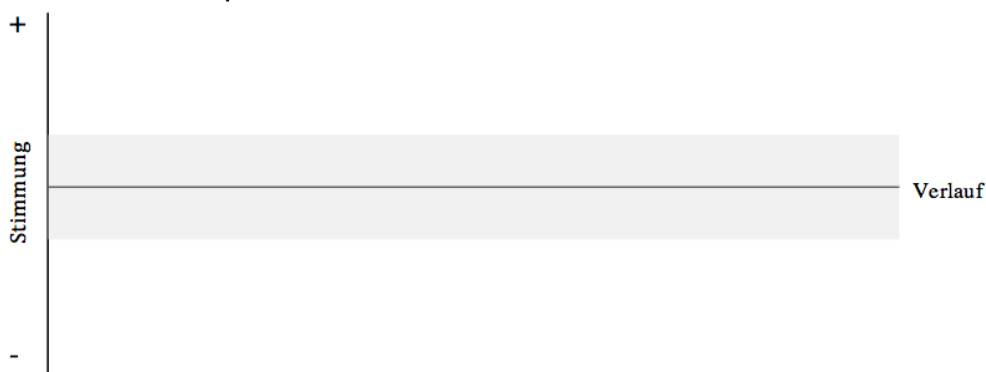
*1.2 an fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___

- *1.3 Interesseverlust? JA ___ NEIN ___
- *1.4 an fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- 1.5 Erklärung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.6 Depr. Stimmung früher? JA ___ NEIN ___
- *1.7 An fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- *1.8 Interesseverlust früher? JA ___ NEIN ___
- *1.9 An fast jedem Tag? JA ___ NEIN ___
- 1.10 Erklärung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*2. Symptomeinschätzung (0–3): Schweregrad

- *2.1 Gewicht zu *JA ___ *NEIN ___ _____
 Gewicht ab
- Appetit zu *JA ___ *NEIN ___ _____
 Appetit ab
- *2.2 Insomnie *JA ___ *NEIN ___ _____
 Hypersomnie
- *2.3 Psychomot. Err. *JA ___ *NEIN ___ _____
 Hemmung
- *2.4 Müdigkeit *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.5 Konz. Probleme *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.6 Selbstwert *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.7 Gedanken an Tod *JA ___ *NEIN ___ _____

*3. Mehrere Episoden JA ___ NEIN ___



Erste Episode: von ___ bis ___
 Schwerste Episode: von ___ bis ___
 Weitere Episoden: von ___ bis ___
 Letzte Episode: von ___ bis ___

Kriterium A:

→ *Mind. 5 Sympt. in derselben 2-Woche Periode als Änderung des üblichen Funktionsniveaus; mind. 1 Symptom ist depr. Stimmung oder Verlust von Interesse und Freude*

*1.1-1.4 (aktuell)
 *1.6-1.9 (früher)
 und *2.1-2.7

Kriterium C:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit *4.1, *4.2, *5 und differential-diagn. Abklärung*

Kriterium D:

→ *Ausschl. v. Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum und anderen psycho-*

*4.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*4.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*5. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6. Wahn, Halluzination? JA ___ NEIN ___

6.1 Außerh. Depr.? JA ___ NEIN ___

6.2 Dauer: _____

6.3 Mind. 2 Wochen? JA ___ NEIN ___

8.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

tischen Störungen

*6.
 und differential-
 diagn. Abklärung

Kriterium E:

→ *Ausschl.*
Manie/Hypo-
manie

Stimmungsver-
 laufskurve und
 differential-diagn.
 Abklärung

Kriterium B:

→ *Leidensdruck*
 *9.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Major Depression:

Aktuell: o **Früher: o**

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___

Einzelne Episode

Major Depression, leichtgradig: o (F32.0)

Major Depression, mittelgradig: o (F32.1)

Major Depression, schwergradig: o (F32.2)

Major Depression, psych. Merk.: o (F32.3)

Major Depression, teilrem.: o (F32.4)

Major Depression, vollrem.: o (F32.5)

Major Depression, NNB: o (F32.9)

*6.1 Eingebung? _____

*6.2 Von außen? JA ___ NEIN ___

7. Befürchtung? _____

8.1 Vermeidung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

8.2 Einbezug anderer? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Überzeugung (0–100):

*9.1 Während Zwang: _____

*9.2 Außerhalb Zwang: _____

*10.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*10.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*11. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*12. Beeinträchtigung? _____ (0–8)

Belastung? _____ (0–8)

13. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Zwangshandlungen

*14.1 Zwangshandlung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*14.2 Zwangshandl. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

14.3 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___

*15. Symptomeinschätzung (0–3):

	Sympt. vorh.?	Häufigkeit	Kommentar
*15.1 Gedank. Kontroll.	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*15.2 Zählen	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*15.3 Kontrollieren	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*15.4 Waschen	*JA ___ *NEIN ___	___	___

(Zwangsgedanken),
*17.1, *17.2, *28
(Zwangshandlungen).

Kriterium C:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

*10.1, *10.2, *11.

(Zwangsgedanken),
*23.1, *23.2, *24.

und differential-diagn.
Abklärung

Kriterium D:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

differential-diagn.
Abklärung

*6.2.

- *15.5 Sammeln *JA ___ *NEIN ___ ___
- *15.6 Wiederholen *JA ___ *NEIN ___ ___
- *15.7 Regeln *JA ___ *NEIN ___ ___
- *15.8 Haare *JA ___ *NEIN ___ ___
- *15.9 Sonstige 1 *JA ___ *NEIN ___ ___
- *15.10 Sonstige 2 *JA ___ *NEIN ___ ___
16. Wichtigste Zwangshandlungen:
 Beschreiben: _____
 (1): _____
 (2): _____
- *17.1 Anzahl Stunden? _____ (h)
- *17.2 Mind. 1 Stunde? JA ___ NEIN ___
18. Widerstand: _____ (0-3)
- 19.1 Ängstlichkeit/Belastung: _____ (0-3)
- 19.2 Befürchtung: _____
- 20.1 Vermeidung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 20.2 Einbezug anderer? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- Überzeugung (0-100):
- *21.1 Während Zwang: _____
- *21.2 Außerhalb Zwang: _____
- *22 Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *23.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____
- *23.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *24. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *25.1 Tics? JA ___ NEIN ___
- *25.2 jemals Tics? JA ___ NEIN ___
26. Erstmanifestation: _____ (Mt./J.)
- 27.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

27.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*28. Beeinträchtigung? _____ (0–8)

Belastung? _____ (0–8)

29. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Zwangsstörung:

Zwangsgedanken:

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___

gute Einsicht: o

wenig Einsicht: o

keine Einsicht/Wahnh.: o

Zwangshandlungen:

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___

gute Einsicht: o

wenig Einsicht: o

keine Einsicht/Wahnh.: o

Körperdysmorphie Störung (45.22)

*1.1 Makel/Defizit? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Beschäftigung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.3. Makel/Defizit früher? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *Übermäßige Beschäftigung mit mind. 1 wahrgenommenen Mangel oder Defekt im*

Beschreiben: _____

*1.4 Beschäftigung früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*2.1 Verhaltensweisen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

2.2 Gedanken? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*3 Symptomeinschätzung (0–3):

	Sympt. erf.?	Scham	Kontrolle
*3.1 Haut	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.2 Haare	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.3 Gesicht	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.4 Zähne	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.5 Gewicht	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.6 Bauch	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.7 Hüfte	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.8 Brust	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.9 Beine	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.10 Statur	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.11 Muskulatur	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.12 Po	*JA ___ *NEIN ___	___	___
*3.13 Sonstige: _____	*JA ___ *NEIN ___	___	___

4. Anzahl Stunden: _____ (h)

5. schönheits-chirurgische Eingriffe? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*6.1 Überzeugung (0-100%): _____

*6.2 Angemessenheit? JA ___ NEIN ___

7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

äußeren Erscheinungsbild, die für andere nicht oder kaum erkennbar sind
 *1.1, *1.2 (aktuell)
 *1.3, *1.4 (früher)
 und *3.1-3.13

Kriterium B:

→ Wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen im Verlauf der Störung wegen Befürchtungen bzgl. Aussehen
 *2.1

Kriterium D:

→ Ausschl. Essstörungen oder ausschließlicher Bezug zu Körperfett/-gewicht differential-diagn. Abklärung

- 9.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 9.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *10. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
11. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*
 *10.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Körperdysmorphie Störung:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

- Muskeldysmorphie: o
- Gute Einsicht: o
- wenig Einsicht: o
- keine Einsicht/Wahnh.: o

Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen

- *1.1 Angriff JA ___ NEIN ___
- *1.2 Misshandlung JA ___ NEIN ___
- *1.3 sex. Gewalt JA ___ NEIN ___
- *1.4 sex. Missbrauch JA ___ NEIN ___
- *1.5 Naturkatastrophe JA ___ NEIN ___
- *1.6 Feuer JA ___ NEIN ___
- *1.7 Verkehrsunfall JA ___ NEIN ___
- *1.8 Arbeitsunfall JA ___ NEIN ___
- *1.9 anderer Unfall JA ___ NEIN ___
- *1.10 Bedrohung Waffe JA ___ NEIN ___
- *1.11 Kampfhandlungen JA ___ NEIN ___
- *1.12 Gefangenschaft JA ___ NEIN ___
- *1.13 Krankheit JA ___ NEIN ___
- *1.14 Berufl.Konfrontation JA ___ NEIN ___

Kriterium A (Posttraumatische Belastungsstörung und Akute Belastungsstörung):

→ *Konfrontation mit mind. 1 traumatischen Ereignis (siehe Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen)*

*1.1- *1.19, *1.22, *1.23

- *1.15 Leid anderer JA ___ NEIN ___
- *1.16 Verletz. andere P. JA ___ NEIN ___
- *1.17 Verletz. nahestehende P. JA ___ NEIN ___
- *1.18 Unfalltod JA ___ NEIN ___
- *1.19 andere: _____ JA ___ NEIN ___
- *1.20 Welches E. beeinträchtigt am meisten?
Beschreiben: _____
- *1.21 Erstes Ereignis: _____ Alter: _____
Weitere Ereignisse: _____ Alter: _____
Letztes: _____ Alter: _____
Am stärksten beeinträchtigendes E.: _____ Alter: _____
- *1.22 Verl./Tod/sex. Gew.? _____
- *1.23 Selbst erlebt, beobachtet? _____

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.10)

*1. <u>Wiedererleben</u> (0-3)			Häufigkeit/		
	Sympt. erf.?	Schweregrad	Komment.		
*1.1 Erinnerungen	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*1.2 Träume	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*1.3 Wiedererleben	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*1.4 Psych. Belast.	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*1.5 Körp. Reakt.	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*2. <u>Vermeidung</u> (0-3)					
*2.1 Gedanken,	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*2.2 Aktivitäten,	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3. <u>Veränderte Ged.</u> (0-3)					
*3.1 Erinnerungslü.	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.2 Überzeugungen	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.3 Gedanken	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.4 Gefühle	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.5 Interessenverl.	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.6 Fremd fühlen	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*3.7 Gelähmt fühlen	*JA ___ *NEIN ___	___	___		
*4. <u>Arousal</u> (0-3)					

Kriterium B:

→ Mind. 1 Symptom des Wiedererlebens, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis

*1.1-*1.5

Kriterium C:

→ Mind. 1 Symptom der Vermeidung von traumaassoziierten Stimuli, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis

*2.1, *2.2

Kriterium D:

→ Mind. 2 Symptome

*4.1 Schlafprobleme *JA ___ *NEIN ___

*4.2 Reizbarkeit, Wut *JA ___ *NEIN ___

*4.3 Konzentration *JA ___ *NEIN ___

*4.4 Wachsamkeit *JA ___ *NEIN ___

*4.5 Schreckhaftigkeit *JA ___ *NEIN ___

*4.6 Risikoverhalten *JA ___ *NEIN ___

*5.1 Zeitpunkt? _____ (Wochen)

*5.2 Nach 6 Monaten? JA ___ NEIN ___

*6.1 Fremd/unwirklich? JA ___ NEIN ___

*6.2 Außerhalb d. Körpers? JA ___ NEIN ___

*6.3 Unwirklichkeit? JA ___ NEIN ___

*7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

10. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

negativer Veränderungen von Kognitionen und Stimmung, begonnen oder verschlimmert nach traumatischem Ereignis und auf dieses bezogen

*3.1-*3.7

Kriterium E:

→ Mind. 2 Symptome deutlicher Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität, bezogen auf und begonnen nach traumatischem Ereignis

*4.1-*4.6

Kriterium F:

→ Dauer der Symptome mind. 1 Monat

*1.1-*4.6

Kriterium G:

→ Leiden oder Beeinträchtigung

*9

Kriterium H

→ Ausschluss Sub-

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Posttraumatische Belastungsstörung:

Aktuell: o

Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___

G: JA ___ NEIN ___ H: JA ___ NEIN ___

Verzögerter Beginn: o

Mit diss. Symptomen: o

Akute Belastungsstörung (F43.0)

1. Gefühle beschreiben: _____

*2. Symptomeinschätzung (0-3):

	<u>Wiedererleben</u> (0-3)	Sympt. erf.?	Häufigkeit/ Schweregrad	Komment.
*2.1 Gedanken	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.2 Träume	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.3 Wiedererleben	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.4 Psych. Belastung	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
<u>Negative Stimmung</u> (0-3)				
*2.5 Gefühle	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
<u>Dissoziative Symp.</u> (0-3)				
*2.6 Unwirklichkeit	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.7 Amnesie	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
<u>Vermeidung</u> (0-3)				
*2.8 Gedanken,	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.9 Aktivitäten,	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
<u>Arousal</u> (0-3)				
*2.10 Schlafprobleme	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.11 Reizbarkeit	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.12 Konzentration	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.13 Wachsamkeit	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*2.14 Schreckreaktion	*JA ___ *NEIN ___	___	___	___
*3. Zeitpunkt?	_____ (Tage)			
*4.1 Medikam./Drogen?	JA ___ NEIN ___			
Art:	_____			
Dosis:	_____			
Zeitpunkt:	_____			
*4.2 Symptome bed.?	JA ___ NEIN ___			
*5. Organ. Ursache?	JA ___ NEIN ___			

stanz, Med. Krankheitsfaktor:

**7.1; *7.2; *8*

Kriterium B:

→ Mind. 9 Symptome aus allen 5 Kategorien, begonnen oder verschlimmert nach traumatischem Ereignis und auf dieses bezogen

**2.1-*2.14*

Kriterium C:

*→ Dauer der Symptome mind. 3 Tage und max. 1 Monat *3.*

Kriterium E:

*→ Ausschl. Substanz/Krankheit/Kurzer Psychotischer Störung *4.1, *4.2, *5.*

und differential-diagn. Abklärung

Beschreiben: _____

- *6. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
- Belastung? _____ (0-8)

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Akute Belastungsstörung:

- A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
- C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
- E: JA ___ NEIN ___

Somatische Belastungsstörung (F45.1)

- *1.1 Körperl. Beschwerden? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 Körperl. Beschwerden früher? JA ___ NEIN ___
- *2.1 Mind. 6 Mt.? JA ___ NEIN ___
- 2.2 Beginn (Mt./J.): _____
- 3.1 Arztuntersuchung? JA ___ NEIN ___
- 3.2 Befund? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 3.3 Symp. nicht ausreichend erklärt? JA ___ NEIN ___
- *4.1 Gedanken Ernsthaftigkeit? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *4.2 Gesundheitsangst? JA ___ NEIN ___
- *4.3 Anzahl Stunden: _____ (h)
- 5. Beschwerden beeinflussbar? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

Kriterium D:

→ *Leidensdruck*
*6.

Kriterium A:

→ *Mind. 1 somatisches Symptom, welches belastet oder alltägliche Lebensführung deutlich einschränkt*
*1.1 (aktuell)
*1.2 (früher)
*8.

Kriterium B:

→ *Mind. 1 Symptom exzessiver Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bzgl. somatischer Symptome und damit verbundene Gesundheitsorgen*
*4.1-4.3

- 7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- *8. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)
9. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Somatische Belastungsstörung:

Aktuell: Früher:

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___

Mit überw. Schmerz:

Andauernd:

Krankheitsangststörung (F45.21)

- *1.1 Krankh. befürchtet? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Welche? _____
- *1.3 Befürcht. früher? JA ___ NEIN ___
- 1.4 Welche? _____
- 1.5 Wann (Mt./J.)? von ___ bis ___
Zeitraum Von (Mt./J.): ___ Bis (Mt./J.): ___
- *2.1 Grund für erhöh. Risiko? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *2.2 Angemessen? JA ___ NEIN ___
- *3. Überzeugung? _____ %
4. Zweifel? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *5.1 Körperl. Symptome? JA ___ NEIN ___
- 5.2 Welche? _____
- 5.3 Häufigkeit: _____ (pro Mt.)
- *5.4. Bestätigung? JA ___ NEIN ___
- *6.1 Verhaltensweisen? JA ___ NEIN ___
- *6.2. Arztbesuch? JA ___ NEIN ___
Häufigkeit (Woche) _____

Kriterium C:

→ Zustand der Symptombelastung mind. 6 Monate (einzelne Symptome müssen nicht durchgängig vorhanden sein)

*2.1

Kriterium A:

→ Übermäßige Beschäftigung damit, eine ernsthafte Krankheit zu haben oder zu bekommen

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

Kriterium E:

→ Beschäftigung mit Gesundheit besteht mind. 6 Monate (Sorgen bzgl. spezifischer Krankheiten können wechseln)

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

*6.3 Vermeidung 1? JA ___ NEIN ___

*6.4 Vermeidung 2? JA ___ NEIN ___

7. Befunde? _____

8.1 Beruhigung? JA ___ NEIN ___

8.2 Dauer? _____ (Tage)

8.3 Abnahme? JA ___ NEIN ___

*9. Sorgen? JA ___ NEIN ___

10.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

10.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

11.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

11.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

12. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

13. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
Belastung? _____ (0–8)

14. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Kriterium B:

→ Keine oder nur geringe somatischen Symptome; bei erhöhtem Krankheitsrisiko ist Beschäftigung damit übermäßig
*2.1, *2.2, *5.1, *5.4

Kriterium C:

→ Stark ausgeprägte Gesundheitsängste und leicht zu beunruhigen bzgl. Gesundheitszustand
*9.

Kriterium D:

→ Übertriebene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen oder maladaptive Vermeid.
*6.1-*6.4

Kriterium F:

→ Ausschluss anderer Störungen
differential-diagn. Abklärung
*5.1.-*5.4

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Krankheitsangststörung:

Aktuell: o

Früher: o

A: JA ___ NEIN ___	B: JA ___ NEIN ___
C: JA ___ NEIN ___	D: JA ___ NEIN ___
E: JA ___ NEIN ___	F: JA ___ NEIN ___

Hilfesuchend: o

Hilfemeidend: o

Eingangsfragen zum Körpergewicht:

- 1.1 Höchstes Gewicht (kg)? _____
- 1.2 Lebensalter? _____
- 1.3 Niedrigstes Gewicht (kg)? _____
- 1.4 Lebensalter? _____

Anorexia Nervosa (F50.0x)

- *1.1 Größe aktuell (m)? _____
- *1.2 Gewicht aktuell (kg)? _____

BMI:

- Aktuell: _____ kg/m²
- Höchster BMI: _____ kg/m²
- Niedrigster BMI: _____ kg/m²

- *1.3 Abgenommen? JA ___ NEIN ___
- *1.4 Abgenommen früher? JA ___ NEIN ___
- *1.5 Größe? _____
- *1.6 Gewicht (kg)? _____
- *1.7 Lebensalter? _____

- 2.1 Gewichtszunahme? JA ___ NEIN ___
- 2.2 Warum nicht?
Beschreiben: _____

- 2.3 Rat anderer? JA ___ NEIN ___

- *3.1 Angst Dicksein? JA ___ NEIN ___

- 3.2 Ausprägung Angst/Unbehagen _____ (0-3)

- 3.3 Gewichtsgrenze? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

- *4.1 Gefühl Dicksein? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

- *4.2 Wichtigk. für Selbstwert? _____ (0-3)

- *4.3 Bedroh. Gesundh.? JA ___ NEIN ___

- 5.1 Was/wie viel: _____

- 5.2 Denken an Essen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

- 5.3 Bewusstes Essen? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *In Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, die zu einem signifikanten verminderten Körpergewicht führt*

*1.1-*1.3 (aktuell)

*1.4-*1.7 (früher)

Kriterium B:

→ *Starke Angst vor Gewichtszunahme/dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, um Gewichtszunahme entgegen zu wirken, trotz signifikant niedrigem Gewicht*

*3.1;*6.1-*6.4,

*7.2,*7.3

5.4 Verbot Nahrungsmittel? JA ___ NEIN ___
 Welche? _____
 Warum? _____

5.5 Menge? JA ___ NEIN ___
Restriktiver Typus

*6.1 Diät? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.2 Fasten? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.3 Sport? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*6.4 Andere Gegenmaßnahmen? JA ___ NEIN ___
Binge-Eating-/Purging-Typus

*7.1 Essanfälle? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.2 Abführmittel? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.3 Erbrechen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*9.1 Angemessen1? JA ___ NEIN ___

*9.2 Angemessen2? JA ___ NEIN ___

*9.3 Ernsthaftigkeit erkannt? JA ___ NEIN ___

10.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

10.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

11. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Kriterium C:

→ Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht bzgl. Schweregrad des gegenwärtigen Körpergewichts
 *4.1-4.3, *9.1-9.3

Belastung? _____ (0-8)

13. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Anorexia Nervosa:

Aktuell: o Früher: o

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___

Restriktiv: o (F50.01)

Binge-Eating/Purging: o (F50.02)

Bulimia Nervosa (F50.2)

*1.1 Essanfälle ? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Kontrollverlust? JA ___ NEIN ___

*1.3 Essanfälle früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.4 Kontr.verlust früher? JA ___ NEIN ___

1.5 Letzte Phase (Mt./J.) von ___ bis ___

2.1 Was/wie viel während Essanfall:

2.2 Reihenfolge: _____

*3.1 Erbrechen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*3.2 Abführmittel etc.? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*3.3 Fasten? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*3.4 Sport? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4. Was/wie viel pro Tag:

Kriterium A (Bulimia Nervosa und Binge-Eating-Störung):

→ *Wiederholte Episoden von Essanfällen (Verzehr von großen Nahrungsmengen in kurzer Zeit und Gefühl von Kontrollverlust)*

*1.1 (A1; aktuell), *1.2 (A2; aktuell)

*1.3 (A1, früher), *1.4 (A2; früher)

Kriterium B:

→ *Wiederholte, unangemessene Gegenmaßnahmen*

*3.1-3.4

5.1 Sorgen? JA ___ NEIN ___

5.2 Angst Gewichtszunahme? _____ (0-3)

*6. Wichtigk. für Selbstwert? _____ (0-3)

*7.1 Essanfälle seit wann? _____ (Mt./J.)

*7.2.1 Essanfälle pro Tag? _____

*7.2.2 Essanfälle pro Woche? _____

*7.3 Mind. 3 Mt. 1/Wo? JA ___ NEIN ___

8. Geheimhalten? JA ___ NEIN ___

9. Auslöser? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

10.1 Alter 1. Essanfall: _____ (Mt./J.)

10.2 Ort: _____

10.3 Alter 1. Gegenmaßn.: _____ (Mt./J.)

10.4 Diät? JA ___ NEIN ___

11.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

11.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

12.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium C:

→ Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf Selbstbewertung

*6.

Kriterium D:

→ Essanfälle und Gegenmaßnahmen durchschnittlich mind. 1x pro Woche über Zeitraum von 3 Monaten

*7.1-*7.3

Kriterium E:

→ Ausschluss Anorexia Nervosa differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Bulimia Nervosa:

Aktuell: o Früher: o

Belastung? _____ (0-8)

8. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Binge-Eating-Störung:

Aktuell: Früher:

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___ E: JA ___ NEIN ___

Teilremittiert:

Vollremittiert:

Eingangsfragen zum Schlafverhalten:

*1.1 Schlafprobleme? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*1.2 Schlafprobl. früher? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

2.1 Regelmäßigkeit? JA ___ NEIN ___

2.2 Zubettgehzeit? _____

2.3 Aufstehzeit? _____

2.4 Effektive Schlafzeit: _____ (h)

3. Bei Nichteinhalten? JA ___ NEIN ___

4.1 Beschäftigung: _____

4.2 Anreg. Getränke? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4.3 Alkohol? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4.4 Stress? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4.5 Schlafapnoe? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4.6 Restless-Legs-Syndrom? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

4.7 Schlafwandeln? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

4.8 Alpträume? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Insomnie (F51.01)

*1.1 Einschlafprobleme? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.2 Durchschlafprobl.? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.3 Früh wach? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.4 Nicht erholsam? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.5 Einschlafpr. früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.6 Durchschlafpr. früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*1.7 Früh wach früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.8 Nicht erholsam früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.9 Letzte Phase (Mt./J.) von ___ bis ___

*2. Belastung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.1 Beginn: _____ (Mt./J.)

*3.2 Mind. 3 Nächte/Woche? JA ___ NEIN ___

*3.3 Mind. 3 Monate? JA ___ NEIN ___

*4. Gründe im Umfeld? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Bei Einschlafproblemen:

5. Einschlafdauer: _____

Bei Durchschlafproblemen:

6.1 Häufigkeit: _____

Kriterium A:

→ *Beschwerden oder Unzufriedenheit mit Schlafquantität oder -qualität in Zusammenhang mit mind. 1 Symptom*

*1.1 (A1; aktuell), *1.2 (A2; aktuell), *1.3 (A3; aktuell)

*1.5 (A1; früher), *1.6 (A2, früher)*1.7 (A3; früher)

Kriterium B:

→ *Leidensdruck*

*2, *11.

Kriterium C:

→ *Häufigkeit mind. 3 Nächte pro Woche*

*3.2

Kriterium D:

→ *Dauer mind. 3 Monate*

*3.1, *3.3

6.2 Dauer: _____

*7.1 Nur bei Depressivität? JA ___ NEIN ___

*7.2 Bei Angst? JA ___ NEIN ___

*7.3 Schlafattacken? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.4 Schlafapnoe? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.5 Restless-Legs-Syndrom? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.6 Schlafwandeln? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*7.7 Alpträume? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*8.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*8.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*9. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

10. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)

10.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

10.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*11. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)

12. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium E:

→ *Schlafprobleme trotz ausreichender Schlafmöglichkeiten*
 *4.

Kriterium F:

→ *Ausschl. anderer Schlafstörungen*
 *7.3-*7.7

Kriterium G:

-> *Ausschl. Substanz/Krankheit*
 *8.1, *8.2, *9.
 und differential-diagn. Abklärung

Kriterium H:

→ *Komorbide psychische Störungen oder medizinischen Krankheitsfaktoren können die Insomnie nicht ausreichend erklären*
 differential-diagn. Abklärung *7.1, *7.2

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Insomnie:

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

A3: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___
 C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___
 E: JA ___ NEIN ___ F: JA ___ NEIN ___
 G: JA ___ NEIN ___ H: JA ___ NEIN ___

Hypersomnie (F51.11)

*1.1 Müdigkeit? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.2 Nicht erholt? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.3 Schwierigkeiten, richtig aufzuwachen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.4 Müdigkeit früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.5 Nicht erholt früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.6 Schwierigkeiten, richtig aufzuwachen früher?
 JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *1.7 Letzte Phase (Mt./J.) von ___ bis ___
 *2. Belastung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *3.1 Beginn: _____ (Mt./J.)
 *3.2 Mind. 3 Monate.? JA ___ NEIN ___
 *3.3 Mind. 3 Tage pro Woche? JA ___ NEIN ___
 *4.1 Bei Depressivität? JA ___ NEIN ___
 *4.2 Schlafattacken? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *4.3 Schlafapnoe? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *4.4 Restless-Legs-Syndrom? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
 *4.5 Schlafwandeln? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

Kriterium A:

→ *Selbstberichtete übermäßige Schläfrigkeit trotz Hauptphase von mind. 7 Stunden schlaf mit mind. 1 Symptom*
 *1.1 (A1; aktuell), *1.2. (A2; aktuell), *1.3 (aktuell)
 *1.4 (A1; früher), *1.5. (A2; früher), *1.6 (A3; früher)

Kriterium B:

→ *Mind. 3 pro Woche für mind. 3 Monate*
 *3.1-*3.3

Kriterium D:

→ *Ausschluss anderer Schlafstörungen*
 *4.2-*4.6

*4.6 Alpträume? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*5.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
 Art: _____
 Dosis: _____
 Zeitpunkt: _____

*5.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

*6. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

7. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)

8.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

8.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0–8)
 Belastung? _____ (0–8)

10. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Kriterium E:

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

*5.1, *5.2, *6.

und differential-diagn.

Abklärung

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*

*2, *9.

Kriterium F:

→ *Komorbide psychische Störungen oder*

medizinischen Krankheitsfaktoren können

die Hypersomnie nicht

ausreichend erklären

differential-diagn.

Abklärung
 *4.1.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Hypersomnie:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___	A2: JA ___ NEIN ___
A3: JA ___ NEIN ___	B: JA ___ NEIN ___
C: JA ___ NEIN ___	D: JA ___ NEIN ___
E: JA ___ NEIN ___	F: JA ___ NEIN ___

Einstiegsfragen zum Alkoholkonsum:

Geschichte:

- 1.1 Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)
- 1.2 Alter 1. Rausch: _____ (Mt./J.)
- 1.3 Abstinenz? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Störung durch Alkoholkonsum (F10.x0)

- *1.1 Regelmäßiger Konsum? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Art: _____
Menge: _____
- *1.3 Regelmäßiger Konsum früher? JA ___ NEIN ___
- 1.4 Art: _____
Menge: _____
- *2. Mehr als beabsichtig? JA ___ NEIN ___
- *3.1 Versuch Konsum reduzieren? JA ___ NEIN ___
- 3.2 Anzahl Versuche: _____
- *4. Zeit für Beschaffung? JA ___ NEIN ___
- *5. Bedürfnis zu trinken? JA ___ NEIN ___
- *6. Verpflichtungen? JA ___ NEIN ___
- *7. Auseinandersetz.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *8. Wichtige Aufgaben? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *9. Körperliche Gefährdung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *10 Konsum fortgesetzt? JA ___ NEIN ___
- *11.1 Größere Menge? JA ___ NEIN ___
- *11.2 Geringerer Effekt? JA ___ NEIN ___
- *12 Entzugssymptome (0-3): Häufigkeit/
Sympt. vorh.? Schweregrad
- *12.1 Vegetat. Hyperaktivität JA ___ NEIN ___ _____
- *12.2 Erhöhter Handtremor JA ___ NEIN ___ _____
- *12.3 Schlaflosigkeit JA ___ NEIN ___ _____
- *12.4 Übelkeit, Erbrechen JA ___ NEIN ___ _____
- *12.5 Halluzinationen JA ___ NEIN ___ _____

Kriterium A:

→ *Problematischer Alkoholkonsum verursacht klinisch bedeutsamen Leidensdruck, wobei mind. 2 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)
*1.3 (früher)
und mind. 2 von *2 (A1)-*12 (A11) sowie Erfüllung von *13.

- *12.6 Bewegungsdrang JA ___ NEIN ___
- *12.7 Angstgefühle JA ___ NEIN ___
- *12.8 Grand-mal-Anfälle JA ___ NEIN ___
- *12.9 Andere Substanzen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *12.10 Körp. Bedingung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- *13. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
 Belastung? _____ (0-8)
- *14. Min. 3 Monate Bedürfnis? JA ___ NEIN ___
- *15. Leben in Einrichtung? JA ___ NEIN ___
- 16. Erstmanifestation _____ (Mt./J.)
- 17.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 17.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____
- 18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
 Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung durch Alkoholkonsum:

Aktuell: o

Früher: o

- A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___
- A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___
- A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___
- A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___
- A9: JA ___ NEIN ___ A10: JA ___ NEIN ___
- A11: JA ___ NEIN ___

Alkoholkonsumst., leichtgradig: o (F10.10)

Alkoholkonsumst., mittelgradig: o (F10.20)

Alkoholkonsumst., schwergradig: o (F10.30)

Frühremittiert: o

Anh. remittiert: o

Gesch. Umg.:

Alkoholentzug (F10.23x)

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsst.: (F10.239)

Alkoholentzug, ohne Wahrnehmungsst.: (F10.232)

Um das Vorliegen eines akuten Alkoholentzugs zu überprüfen, kann die Frage *12 zur Erfassung des A-Kriteriums angepasst werden, ebenso die Fragen *12.1-*12.8 zur Erfassung des B-Kriteriums, Frage *13 zur Erfassung des C-Kriteriums und Frage 12.10 zur Erfassung des D-Kriteriums.

Nikotinscreening:

1.1 Rauchen aktuell? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.2 Art? _____

1.3 Anzahl/Tag? _____

1.4 Stärke? _____

2.1 Rauchen früher? JA ___ NEIN ___

2.2 Anzahl/Tag früher? _____

2.3 Stärke früher? _____

3. Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)

4.1 Versuch Kontrolle? JA ___ NEIN ___

4.2 Häufigkeit? _____

Einstiegsfragen Medikamente und Drogen:

1.1 Medikamente? JA ___ NEIN ___

1.2 Medikamente früher? JA ___ NEIN ___

1.3 Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

- 1.4 eigene Verantwortung
- von Arzt verschrieben

2.	Art	Häufigk. (0-3)	Dosis
2.1	Marihuana	_____	_____
2.2	Kokain	_____	_____
2.3	Opiate	_____	_____
2.4	Halluzinogene	_____	_____
2.5	Amphetamine	_____	_____
2.6	Schnüffelstoffe	_____	_____
2.7	Andere: _____	_____	_____

3. Größte Auswirkung: _____

4.1 Alter 1. Konsum: _____ (Mt./J.)

4.2 Abstinenz? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

Störung durch Substanz-/Medikamentenmissbrauch (F1x.xx)

*1.1 Konsum? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

1.2 Art: _____

Menge: _____

*1.3 Konsum früher? JA ___ NEIN ___

1.4 Art: _____

Menge: _____

*2.1 Länger als beabsichtigt? JA ___ NEIN ___

*2.2 Länger als beabsichtigt früher? JA ___ NEIN ___

*3.1 Reduktion? JA ___ NEIN ___

3.2 Häufigkeit: _____

*4. Beschaffung? JA ___ NEIN ___

*5. Drang? JA ___ NEIN ___

*6. Verpflichtungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*7. Auseinandersetzung? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *Problematische Konsum einer Substanz oder eines Medikaments, welcher klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 2 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)

*1.3 (früher)

und mind. 2 von *2. (A1)-*12 (A11). sowie Erfüllung von *13.

Beschreiben: _____

*8. Vernachlässigung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*9. Körperl. Gefährdung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*10. Konsum fortgesetzt? JA ___ NEIN ___

*11.1 Größere Menge? JA ___ NEIN ___

*11.2 Geringerer Effekt? JA ___ NEIN ___

*12. Kompensation? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

*13. Beeinträchtigung? _____ (0–8)

Belastung? _____ (0–8)

*14. Mind. 3 M. ohne Probleme? JA ___ NEIN ___

*15. Leben in Einrichtung? JA ___ NEIN ___

16. Erstmanifestation: _____

17.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

17.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

18. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Aktuell: o Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___

A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___

A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___

A9: JA ___ NEIN ___ A10: JA ___ NEIN ___

A11: JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

- Störung durch xxx Konsum, leichtgradig: (F1x.10)
- Störung durch xxx Konsum., mittelgradig: (F1x.20)
- Störung durch xxx Konsum., schwergradig: (F1x.30)
- Frühremittiert:
- Anh. remittiert:
- Gesch. Umg.:

Codierung der Substanzen:

- Opioide (F11.xxx)
- Cannabis (F12.xxx)
- Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika (F13.xxx)
- Stimulantien (F14.xxx)
- Koffein (F15.xxx)
- Halluzinogene (F16.xxx)
- Inhalanzien (F18.xxx)
- Andere Substanzen (F19.xxx)

Störung durch Glücksspielen (F63.0)

- *1.1 Glücksspiel? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Art: _____
- 1.3 Orte: _____
- 1.4 Häufigkeit: _____
- *1.5 Glücksspiel früher? JA ___ NEIN ___
- *1.6 Zeitraum: _____
- 1.7 Art früher: _____
- 1.8 Häufigkeit früher: _____
- *2. Gedanken? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *3. Größere Menge? JA ___ NEIN ___
- *4. Versuch Kontrollieren? JA ___ NEIN ___
- *5. Unruhe? JA ___ NEIN ___
- *6. Bel. Gefühle? JA ___ NEIN ___
- *7. Verluste? JA ___ NEIN ___
- *8.1 Lügen? JA ___ NEIN ___
- *8.2 Bez.gefärdung? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *Problematisches Glücksspielverhalten, welches klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 4 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

- *1.1 (aktuell)
- *1.5, (früher)
- und mind. 4 von
- *2.(A4), *3 (A1),
- *4(A3), *5(A2),*6(A5),
- *7 (A6), *8.1 (A7),

*9. Geld leihen? JA ___ NEIN ___

*10. Beginn: _____ (Mt./J.)

*11. Mind. 3 M. keine Symptome? JA ___ NEIN ___

12.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___

Art: _____

Dosis: _____

Zeitpunkt: _____

12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)

Belastung? _____ (0-8)

15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

17. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___

Daten: _____

*8.2.(A8),*9 (A9) sowie Erfüllung von *14.

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Störung durch Glücksspielen:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___	A2: JA ___ NEIN ___
A3: JA ___ NEIN ___	A4: JA ___ NEIN ___
A5: JA ___ NEIN ___	A6: JA ___ NEIN ___
A7: JA ___ NEIN ___	A8: JA ___ NEIN ___
A9: JA ___ NEIN ___	

Episodisch:

Andauernd:

Frühremittiert:

Anh. remittiert:

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (F90.x)

- *1.1. Ablenkbar? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.2 Unruhig? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.3 Situationen: _____
- *1.4 Symptome seit 12. Lebensjahr? JA ___ NEIN ___
- *1.5 Ablenkbar früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.6 Unruhig früher? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *1.7 Situationen: _____
- *1.8 Frühere Symptome seit 12. Lebensjahr? JA ___ NEIN ___

***2. Symptomeinschätzung: (0-3)**

Sympt. vorh.? Häufigk. Komment.

Unaufmerksamkeit: (A1)

- *2.1 Flüchtigkeitf. *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.2 Konzentration *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.3 Abwesenheit *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.4 Dinge beenden *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.5 Tätigkeiten *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.6 Vermeiden *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.7 Verlieren *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.8 Ablenkbar *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.9 Vergesslich *JA ___ *NEIN ___ _____

Hyperaktivität (A2):

- *2.10 Zappeln *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.11 Ruhig sitzen *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.12 Ruhelosigkeit *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.13 Ruhige Aufg. *JA ___ *NEIN ___ _____
- *2.14 Bewegungsdrang *JA ___ *NEIN ___ _____

Kriterium A:

→ *Durchgehende Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität, welche Funktionsniveau oder Entwicklung beeinträchtigen*
 *1.1-*1.3 (aktuell)
 *1.5-*1.7 (früher)
 und
 mind. 5 von *2.1-*2.9
 oder
 mind. 5 von *2.10-
 *2.18
 *4 (Dauer)

Kriterium B:

→ *Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität-Impulsivität treten bereits vor dem 12. Lebensjahr auf*
 *1.4 (aktuell), *1.8 (früher)

Kriterium C:

→ *Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit*

*2.15 Rededrang *JA ___ *NEIN ___

*2.16 Antworten *JA ___ *NEIN ___

*2.17 Unterbrechen *JA ___ *NEIN ___

*2.18 Warten *JA ___ *NEIN ___

*3. Erstmanifestation: _____

*4. Mind. 6 M.? JA ___ NEIN ___

*5. Psychot. Symp.? JA ___ NEIN ___

6.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

6.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

7.1 Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____

7.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___

8. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

*9. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)

10.1 Hochstimmung/Reizbar? JA ___ NEIN ___

10.2 Schwerere Symptomatik früher? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

oder Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in mind. 2 verschiedenen Lebensbereichen

*1.3, *1.7; Beschreibungen überprüfen

Kriterium D:

→ *Leidensdruck*

*9.

Kriterium E:

→ *Ausschl. anderer Störungen*

*5. und differential-diagn. Abklärung

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung:

Aktuell: o

Früher: o

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

B: JA ___ NEIN ___ C: JA ___ NEIN ___

D: JA ___ NEIN ___ E: JA ___ NEIN ___

Gemischt: o (F90.2)

Unaufmerksam: o (F90.0)

Hyperaktiv/Imp.: o (F90.1)

Teilremittiert: o

Borderline-Persönlichkeitsstörung (F63.3)

- *1.1 Schwierigkeiten? JA ___ NEIN ___
Beschreiben _____
- *1.2 Impulsivität? JA ___ NEIN ___
Beschreiben _____
- 1.3 Innere Anspannung? JA ___ NEIN ___
- *2.1 Angst Trennung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *2.2 Verhalten: _____
- *3.1 Beziehungsbeschreibung: _____

- *3.2 Trennung verhind.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *3.3 Problemat. Bezieh.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *4.1 Selbstbeschreibung: _____

- *4.2 Identifik. problem? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *4.3 Anders als andere? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *5. Schäd. Verhalten? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *6.1 Suizidandeutung? JA ___ NEIN ___
- *6.2 Suizidversuch? JA ___ NEIN ___
- *6.3 Selbstverletzung? JA ___ NEIN ___
- *7.1 Stimm.schwank.? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *7.2 Dauer: _____
- *7.3 Einige Stunden? JA ___ NEIN ___
- *8. Gefühl Leersein? JA ___ NEIN ___

Kriterium A:

→ *Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutlicher Impulsivität. Beginn im frühen Erwachsenenalter, Muster zeigt sich in verschiedenen Alltagssituationen*

*1.1, *1.2, *11. sowie mind. 5 von *2.1/*2.2 (A1), *3.1.-*3.3. (A2), *4.1-*4.3 (A3), *5 (A4), *6.1-*6.3 (A5), *7.1-*7.3 (A6), *8 (A7), *9 (A8), *10.1- *10.3 (A9)

Beschreiben: _____

*9. Wut? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*10.1 Wahnh. Gedanken? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*10.2 Unwirklichkeit? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*10.3 Stimmen? JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

*11. Alter: <18

18–25

>25

*12. Beeinträchtigung? _____ (0–8)

Belastung? _____ (0–8)

Diagnosekriterien nach DSM-5:

Aktuell: Früher:

A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___

A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___

A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___

A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___

A9: JA ___ NEIN ___

Sex. Funktionsstörungen:

Screening (Mann):

1. Sex. Probleme? JA ___ NEIN ___

2.1 Appetenz JA ___ NEIN ___

2.2 Erektionsprobleme JA ___ NEIN ___

2.3 Orgasmusprobleme JA ___ NEIN ___

2.4 Ejaculatio praecox JA ___ NEIN ___

2.5 Dyspareunie JA ___ NEIN ___

Sex. Funktionsstörungen:

Screening (Frau):

- 1. Sex. Probleme?
- 2.1 Appetenz JA ___ NEIN ___
- 2.2 Erregungsprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.3 Orgasmusprobleme JA ___ NEIN ___
- 2.4 Dyspareunie JA ___ NEIN ___
- 2.5 Vaginismus JA ___ NEIN ___
- 3. Beginn: _____ (Mt./J.)
- 4. Anlass beschreiben: _____
- 5. Leiden? JA ___ NEIN ___

Psychoscreening:

- 1.1 Halluz. Dinge JA ___ NEIN ___
- 1.2 Halluz. Stimmen JA ___ NEIN ___
- 1.3 Paranoid. Gedank. JA ___ NEIN ___
- 1.4 Sprachschwierigk. JA ___ NEIN ___
- 1.5 Zeitpunkt: _____ (Mt./J.)

Störung durch Spielen von Internetspielen:

- *1.1 Internetspiele? JA ___ NEIN ___
- 1.2 Alleine ___ Mit anderen ___
- 1.3 Offline ___ Online ___
- 1.4 Plattform: _____
- 1.5 Häufigkeit/Woche: _____
- *1.6 Computerspiele früher? JA ___ NEIN ___
- *1.7 Wann? _____
- 1.8 Plattform früher? _____
- 1.9 Häufigkeit früher: _____
- *2. Gedanken? JA ___ NEIN ___
- *3. Unruhe? JA ___ NEIN ___
- *4. Toleranz? JA ___ NEIN ___
- *5. Reduktion? JA ___ NEIN ___
- *6. Interessenverlust? JA ___ NEIN ___
- *7. Probleme? JA ___ NEIN ___
- Beschreiben: _____

Kriterium A:

→ *Problematisches Spielverhalten von Internetspielen, welches klinisch bedeutsamen Leidensdruck verursacht, wobei mind. 5 Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen*

*1.1 (aktuell)
 *1.6, *1.7 (früher)
 und mind. 5 von
 *2(A1) - *10(A9), *11
 sowie Erfüllung von
 *14

- *8. Lügen? JA ___ NEIN ___
- *9. Neg. Gefühle? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *10. Beziehungen? JA ___ NEIN ___
- *11. Beginn: _____ (Mt./J.)
- 12. Medikam./Drogen? JA ___ NEIN ___
Art: _____
Dosis: _____
Zeitpunkt: _____
- 12.2 Symptome bed.? JA ___ NEIN ___
- 13. Organ. Ursache? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- *14. Beeinträchtigung? _____ (0-8)
Belastung? _____ (0-8)
- 15. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____
- 16.1 Erinnerung? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 16.2 Belastungen? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____
- 17. Frühere Phasen? JA ___ NEIN ___
Daten: _____

Diagnosekriterien nach DSM-5 (Forschungsdiagnose):

Störung durch das Spielen von Internetspielen:

Aktuell: o

Früher: o

- A1: JA ___ NEIN ___ A2: JA ___ NEIN ___
- A3: JA ___ NEIN ___ A4: JA ___ NEIN ___
- A5: JA ___ NEIN ___ A6: JA ___ NEIN ___
- A7: JA ___ NEIN ___ A8: JA ___ NEIN ___
- A9: JA ___ NEIN ___

Suizidale Verhaltensstörung:

- 1.1 Suizidgedanken? JA ___ NEIN ___
Beschreiben: _____

Kriterium A:

1.2 Wunsch tot zu sein? JA ___ NEIN ___

1.3 Suizidgedanken früher? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

1.4 Wunsch tot zu sein früher? JA ___ NEIN ___

2.1 Häufigkeit: _____

2.2 Dauer: _____

2.3 Suizidpläne? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

2.4 Suizidvorbereitungen? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

2.5 Dinge ausprobieren? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.1 Suizidversuch? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.2 Datum: _____

3.3 Art: _____

3.4 Rettung schwer möglich? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.5 Wunsch zu sterben? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

3.6 Grund? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.7 Ärztl. Behandlung? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

*3.8 politisch/religiöser Hintergrund? JA ___ NEIN ___
 Beschreiben: _____

4. Mehrfache Suizidversuche? JA ___ NEIN ___
Erster Versuch:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

Schwerster Versuch:
 Datum: _____ Methode: _____
 Absicht (0-3): _____

Weitere Versuche:

→ *Mind. 1 Suizidversuch innerhalb der letzten 24 Monate*

*3.1, *3.2

Kriterium B:

→ *Ausschluss nicht-suizidaler Selbstverletzung*

*3.5, *3.6.

Kriterium C:

→ *Nicht nur Suizidgedanken*

*3.5

und differential-diagn. Abklärung

Kriterium D:

→ *Suizidhandlung nicht im Rahmen eines Deliriums oder Desorientiertheit*

*5. und differential-diagn. Abklärung

Kriterium E:

→ *Suizidhandlung nicht ausschließlich aus politischen oder*

Datum: _____ Methode: _____

Absicht (0-3): _____

Letzter Versuch:

Datum: _____ Methode: _____

Absicht (0-3): _____

5. Ausschluss Delir/Verwirrt. JA ___ NEIN ___

Beschreiben: _____

religiösen Motiven

*3.8

Diagnosekriterien nach DSM-5 (Forschungsdiagnose):

Suizidale Verhaltensstörung:

A: JA ___ NEIN ___ B: JA ___ NEIN ___

C: JA ___ NEIN ___ D: JA ___ NEIN ___

E: JA ___ NEIN ___

Aktuell:

Frühremittiert: