

Diagnostisches Interview für Angst-, affektive und Zwangsstörungen sowie neuropsychiatrische Störungen – Deutsch (DIAMOND-G)

Patient:innenname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Interviewer:in: _____

Datum: _____

Version 1.5.01, 24.10.24, Deutsch

Original

David F. Tolin, Ph.D.
William Bowe, Ph.D.
Elizabeth Davis, Ph.D.
Scott Hannan, Ph.D.
Kristen Springer, Ph.D.
Blaise Worden, Ph.D.

Bethany M. Wootton, Ph.D.
Laura Bragdon, M.A.
Christina Gilliam, Ph.D.
Lauren S. Hallion, Ph.D.
Shari A. Steinman, Ph.D.

Deutsch

Lena Jelinek, Ph.D.
Lara Wille, M.Sc.
Steffen Moritz, Ph.D.
Ruth Veckenstedt, Ph.D.
Jakob Scheunemann, Ph.D.

Inhaltsverzeichnis

INSTRUKTIONEN	3
ERSTE GESPRÄCHSFRAGEN	7
ANGSTSTÖRUNGEN.....	9
SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE).....	9
PANIKSTÖRUNG	15
AGORAPHOBIE.....	19
GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG.....	24
SPEZIFISCHE PHOBIE	28
STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST.....	32
AFFEKTIVE STÖRUNGEN	36
MANISCHE/HYPOMANISCHE EPISODE.....	36
PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)	40
SCHWERE DEPRESSIVE EPISODE.....	45
BIPOLAR-I-STÖRUNG.....	48
BIPOLAR-II-STÖRUNG	52
MAJOR DEPRESSION	56
ZYKLOTHYME STÖRUNG.....	60
PRÄMENSTRUELLE DYSPHORISCHE STÖRUNG	64
ZWANGSSTÖRUNGEN UND VERWANDTE STÖRUNGEN.....	69
ZWANGSSTÖRUNGEN.....	69
KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG	75
PATHOLOGISCHES HORTEN	80
TRICHOTILLOMANIE UND DERMATILLOMANIE (SKIN-PICKING-STÖRUNG).....	85
SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND VERWANDTE STÖRUNGEN	91
SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG.....	91
KRANKHEITSANGSTSTÖRUNG	94
TRAUMA- UND BELASTUNGSBEZOGENE STÖRUNGEN	98

POTENZIELL TRAUMATISCHES EREIGNIS	98
AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG	99
POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	103
ANPASSUNGSSTÖRUNG	107
FÜTTER- UND ESSSTÖRUNGEN	110
ANOREXIA NERVOSA.....	110
BINGE-EATING	114
BULIMIA NERVOSA.....	115
BINGE-EATING-STÖRUNG	118
STÖRUNG MIT VERMEIDUNG ODER EINSCHRÄNKUNG DER NAHRUNGS-AUFNAHME.....	121
STÖRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN UND ABHÄNGIGEN VERHALTENSWEISEN	124
SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG	124
STÖRUNGEN DER NEURONALEN UND MENTALEN ENTWICKLUNG	129
AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG.....	129
TIC-STÖRUNGEN	133
SCHIZOPHRENE SPEKTRUM- UND ANDERE PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN	136
WAHN	136
HALLUZINATIONEN	138
SCHIZOPHRENIE UND SCHIZOPHRENIFORME STÖRUNG	139
SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNG	143
WAHNHAFTHE STÖRUNGEN	145
SUBSTANZ-/MEDIKAMENTEN-INDUZIERTE STÖRUNG, STÖRUNG AUFGRUND EINES ANDEREN MEDIZINISCHEN KRANKHEITSAKTORS, ANDERE NÄHER BEZEICHNETE STÖRUNG UND NICHT NÄHER BEZEICHNETE STÖRUNG.....	148
SUBSTANZ-/MEDIKAMENTEN-INDUZIERTE STÖRUNG	148
STÖRUNG AUFGRUND EINES MEDIZINISCHEN KRANKHEITSAKTORS	151
ANDERE NÄHER/NICHT NÄHER BEZEICHNETE PSYCHISCHE STÖRUNG.....	154
SUIZID-SCREEN.....	157
DIAGNOSE-KODIERBLATT	159

INSTRUKTIONEN

Anwendungsbereich des Interviews

Das DIAMOND ist für Erwachsene (ab 18 Jahren) mit bekannten oder vermuteten affektiven Störungen, Angststörungen oder Zwangsstörungen und verwandten Störungen bestimmt. Das DIAMOND enthält diagnostische und andere Informationen für alle Diagnosen in diesen Abschnitten des DSM-5. Darüber hinaus enthält das DIAMOND diagnostische Informationen zu Störungen, die häufig zusammen mit Angst-, Zwangs- und verwandten Störungen auftreten oder mit diesen verwechselt werden können. Daher enthält das Interview auch Module für ausgewählte andere diagnostische Kategorien. Diese Module decken jedoch nicht alle DSM-5-Diagnosen in diesen Abschnitten ab, und es sollten zusätzliche Interviews oder Selbstbeurteilungsinstrumente in Betracht gezogen werden, wenn eine gründlichere Untersuchung dieser Störungen erforderlich ist.

In diesem Zusammenhang enthält das DIAMOND keine Module für viele DSM-5-Störungen, die nicht häufig gemeinsam mit affektiven Störungen, Angststörungen oder Zwangsstörungen und verwandten Störungen auftreten, die sich nicht gut für eine Bewertung durch Befragung eignen oder die eine aufwendigere Bewertungsmethode erfordern. Dazu gehören bestimmte neurologische Entwicklungsstörungen, dissoziative Störungen, Ausscheidungsstörungen, Schlaf-Wach-Störungen, sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsdysphorie, paraphile Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Informationsquellen

Obwohl das DIAMOND als halbstrukturiertes Interview mit Patient:innen konzipiert ist, kann es manchmal hilfreich oder notwendig sein, andere Informationsquellen zu berücksichtigen. Für bestimmte Diagnosen gibt es beispielsweise detaillierte medizinische Ausschlusskriterien, die eine ärztliche Untersuchung oder eine Konsultation der entsprechenden medizinischen Fachkräfte erfordern können. Manche Patient:innen, insbesondere diejenigen mit geringer Einsichtsfähigkeit, können oder wollen bestimmte Symptome nicht zur Kenntnis nehmen oder sind nicht in der Lage oder nicht bereit, die Symptome ausreichend zu beschreiben. In solchen Fällen können andere Informationsquellen wie Berichte von Dritten (Personen, die mit den Patient:innen vertraut sind), Verhaltensbeobachtungen, Polizeiakten, Krankenakten, Schulakten oder körperliche Untersuchungen hilfreich sein. Der/die Interviewer:in muss auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, ob ein bestimmtes Symptom vorliegt, und darf sich nicht einfach auf die Selbstauskunft von Patient:innen verlassen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass anhand des DIAMOND, wie anhand der meisten diagnostischen Befragungen, nicht zuverlässig eine Über- oder Untererfassung von Symptomen erkannt werden kann und ein gewisses Maß an Ehrlichkeit der Befragten vorausgesetzt wird.

Struktur des Interviews

- *Modulares Format.* Das Gespräch ist für jede Diagnose in Module unterteilt. Die Module müssen nicht in einer bestimmten Reihenfolge abgefragt werden; vielmehr ist es in der Regel vorzuziehen, mit dem Modul zu beginnen, das sich am ehesten auf die primäre Beschwerde bezieht. Sind die Beurteilungsziele begrenzt, kann sich der/die Interviewer:in dafür entscheiden, nur ausgewählte Module und nicht das gesamte Interview durchzuführen.
- *Diagnostische Kriterien.* Die Diagnosekriterien sind nummeriert und grau unterlegt. Kreuzen Sie für jedes Kriterium „Ja“ an, wenn das Kriterium nach dem Urteil der Interviewer:innen erfüllt ist. Kreuzen Sie „Nein“ an, wenn das Kriterium nach dem Expert:innen Urteil nicht erfüllt ist. Wenn alle Kriterien mit „Ja“ bewertet werden, sollte die Diagnose als gegeben angesehen werden.
- *Interviewfragen.* Für jedes diagnostische Kriterium sind eine oder mehrere Interviewfragen angegeben. Das Gespräch muss sich nicht auf diese Fragen beschränken, und der/die Interviewer:in sollte bei Bedarf zusätzliche Fragen stellen, um festzustellen, ob das Kriterium erfüllt ist. Außerdem müssen nicht alle Fragen gestellt werden. Wesentliche Fragen sind **fett** gedruckt und mit einem Diamanten (💎) gekennzeichnet, während zusätzliche Folgefragen mit einem Pfeil (⇒) gekennzeichnet sind; Letztere können bei Bedarf gestellt werden, um eine genaue Antwort zu erhalten. Die Folgefragen müssen nicht gestellt werden, wenn die Informationen bereits mit der/den

Eingangsfrage(n) oder in einem anderen Abschnitt des Gesprächs erfragt wurden. Darüber hinaus kann der/die Interviewer:in bei Bedarf zusätzliche Fragen stellen, die nicht in der Befragung aufgeführt sind, um festzustellen, ob das Diagnosekriterium erfüllt ist.

- *Sprungregeln.* Für Diagnosekriterien, die mit „Nein“ markiert sind (d.h., das Kriterium ist nicht erfüllt), ist eine Sprungregel vorgesehen, die es ermöglicht, nachfolgende Fragen zu überspringen. Sobald also klar ist, dass eine Diagnose nicht vergeben wird, müssen keine weiteren Fragen zu dieser Diagnose gestellt werden. Der/die Interviewer:in kann jedoch, falls gewünscht, nach weiteren Symptomen fragen oder bestimmte Abschnitte erneut abfragen, wenn die später im Interview gegebenen Informationen Fragen zu Diagnosen aufwerfen, die zuvor behandelt wurde.
- *Screening-Fragen.* Das DIAMOND enthält einen optionalen Screening-Selbstauskunftsbogen, in dem den Befragten Ja-Nein-Fragen zu den Hauptsymptomen der einzelnen Erkrankungen gestellt werden. Um die Bearbeitungszeit zu verkürzen, kann der/die Interviewer:in den Fragebogen vor der Befragung von Patient:innen ausfüllen lassen. Bei Verwendung des Screening-Fragebogens muss der/die Interviewer:in in der Regel nur die Module ausfüllen, die Patient:innen mit „Ja“ beantwortet haben (die entsprechenden DIAMOND-Seitenzahlen befinden sich auf der rechten Seite des Fragebogens). Der/die Interviewer:in kann sich jedoch dafür entscheiden, nach jeder Verdachtsdiagnose zu fragen, unabhängig von der Antwort der Patient:innen auf den Fragebogen. Wenn der/die Patient:in auf eine Screening-Frage mit „Ja“ geantwortet hat, sollte der/die Interviewer:in den Wortlaut der ursprünglichen Frage entsprechend ändern. Anstelle der Frage „Hatten Sie jemals eine Panikattacke, bei der Sie sich plötzlich sehr ängstlich fühlten oder eine Menge unangenehmer körperlicher Empfindungen verspürten?“ könnte der/die Interviewer:in beispielsweise fragen: „Sie sagten, dass Sie eine Panikattacke hatten, bei der Sie sich plötzlich sehr ängstlich fühlten oder eine Menge unangenehmer körperlicher Empfindungen verspürten. Können Sie mir von der Attacke oder den Attacken erzählen?“
- *Schweregradskala.* Für jede Diagnose sollte der/die Interviewer:in den Schweregrad der Störung auf einer Skala von 1 (normal) bis 7 (extrem) bewerten. Diese numerische Bewertung, die von der Clinician's Global Impression Scale¹ abgeleitet ist, sollte auf dem Urteil der Interviewer:innen beruhen und den Patient:innen nicht als numerische Skala vorgelesen werden. Berücksichtigen Sie bei jeder Diagnose den Schweregrad (a) des Leidensdrucks der Patient:innen und (b) den Grad der durch die Symptome verursachten Beeinträchtigung. Wählen Sie die Zahl, die mit dem **höchsten** Ankerpunkt verbunden ist. Wenn beispielsweise der Leidensdruck von Patient:innen als „leicht“, die Beeinträchtigung durch die Symptome jedoch als „mittel“ eingestuft werden, sollte die Gesamtbewertung für diese Diagnose „mittel“ lauten. Der/die Interviewer:in kann sich dafür entscheiden, den Schweregrad einer bestimmten Gruppe von Symptomen zu bewerten, wenn dies für klinische oder Forschungszwecke gewünscht ist, auch wenn die formalen diagnostischen Kriterien für diese Störung nicht erfüllt sind.
Die Einstufung des Schweregrads sollte auf dem **aktuellen** Grad der Belastung und Beeinträchtigung der Patient:innen (innerhalb des letzten Monats) beruhen, nicht auf früheren Stufen der Belastung und Beeinträchtigung. Zum Beispiel würde ein:e Patient:in mit einer schweren depressiven Störung, die während der letzten Episode zwar stark ausgeprägt war, aber derzeit als normal ohne Beschwerden oder Beeinträchtigungen einzustufen ist, die aktuelle Bewertung „normal“ erhalten.

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

¹ Guy, W. (1976). *Assessment manual for psychopharmacology*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Zu beachten ist, dass die Schweregradindikatoren nicht auf der Grundlage der Diagnose angepasst werden sollten (z. B. sollte eine „moderate“ Einstufung für die spezifische Phobie denselben Grad an Belastung und Beeinträchtigung widerspiegeln wie eine „moderate“ Einstufung der Schizophrenie). Vielmehr sollte der Schweregradcode für alle Diagnosen auf der Intensität und der Häufigkeit des Leidens und dem Grad der funktionellen Beeinträchtigung im Zusammenhang mit dieser Störung basieren. Es ist wahrscheinlich, dass einige Diagnosen im Durchschnitt mit höheren Schweregraden verbunden sind als andere.

Suizid-Screening

Ein Screening-Instrument für Suizidgedanken und -verhalten finden Sie auf S. 126. Dieses Instrument sollte immer dann eingesetzt werden, wenn ein Suizidrisiko gemeldet oder vermutet wird oder wenn der/die Interviewer:in die Suizidrisikofaktoren nachvollziehen möchte.

Optionale Informationen

Für affektive, Angst-, Zwangs- und verwandte Störungen ist ein gesondertes Blatt mit optionalen Angaben enthalten. Dieses Blatt enthält:

- *Mögliche Ausschlusskriterien.* Es werden häufige Differenzialdiagnosen aufgelistet, zusammen mit Richtlinien zur Unterscheidung zwischen den Störungen. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
- *Assoziierte Merkmale.* Assoziierte Merkmale sind nicht als diagnostische Merkmale zu verstehen, obwohl ihr Vorhandensein die Diagnose unterstützen kann.
- *Weitere Spezifikationen.* Bestimmte Diagnosen können mit weiteren Spezifikationen gestellt werden; der/die Interviewer:in kann die zutreffenden ankreuzen.

Zitation des DIAMOND

In veröffentlichten Arbeiten verwenden Sie bitte die folgende Zitierweise:

Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., Hannan, S. E., Steinman, S. A., Worden, B., & Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment, 25*(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/1073191116638410>

Zitierweise der deutschen Version:

Tolin, D. F., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdo, L., Davis, E., Gilliam, C., Hannan, S., Hallion, L. S., Springer, K., Steinman, S. A. & Worden B. (2024). Diagnostisches Interview für Angst-, Affektive-, und Zwangsstörungen und Neuropsychiatrische Störungen. German translation of the Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders (DIAMOND). [translators: Jelinek, J., Wille, L., Scheunemann, J., Veckenstedt, R., Moritz, S.].

Training

Ein Online-Schulungsprogramm zur strukturierten diagnostischen Befragung und zur Verwendung des DIAMOND sowie die neueste Version des DIAMOND finden Sie unter:

www.diamondinterview.org

Fragen

Fragen oder Kommentare richten Sie bitte an Dr. David Tolin unter david.tolin@hhchealth.org.

ERSTE GESPRÄCHSFRAGEN

Können Sie beschreiben, über welche Art von Problem oder Problemen Sie sprechen möchten?²

Wie ist Ihre körperliche Gesundheit? Haben Sie irgendwelche relevanten Krankheiten?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung? Falls ja, können Sie sie beschreiben? Wann war dies der Fall? Hat irgendetwas Sie daran gehindert, die Hilfe zu bekommen, die Sie brauchen? Zum Beispiel finanzielle Gründe, berufliche oder familiäre Verpflichtungen, Stigmatisierung oder Diskriminierung, Einwanderungsstatus oder das Fehlen von Angeboten, die Ihre Sprache oder Ihren Hintergrund berücksichtigen?

Waren Sie schon einmal aus psychiatrischen Gründen in einem Krankenhaus? Falls ja, können Sie dies beschreiben? Wo und wann waren Sie im Krankenhaus?

Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der psychische Probleme hat (oder hatte)? Welche Art von Problemen?

Haben Sie daran gedacht, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen?³

(weiter auf folgender Seite)

² Der/die Interviewer:in sollte das Gespräch mit dem Abschnitt beginnen, der sich auf die wahrscheinlichste Hauptdiagnose bezieht.

³ Füllen Sie das Suizid-Screening auf S. 125 aus.

Gibt es Aspekte Ihres Hintergrunds oder Ihrer Identität, die sich auf (beschriebenes Problem) auswirken oder die für mich von Bedeutung sind? Mit Hintergrund oder Identität meine ich z. B. die Gemeinschaften, denen Sie angehören, die Sprachen, die Sie sprechen, woher Sie oder Ihre Familie kommen, Ihren ethnischen Hintergrund, Ihre Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung oder Ihren Glauben oder Ihre Religion.

ANGSTSTÖRUNGEN

SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE)

♥ Hatten Sie im letzten Monat in irgendeiner sozialen Situation große Angst, weil Sie befürchteten, dass andere Sie negativ beurteilen oder dass Sie sich blamieren könnten? _____

♥ Hatten Sie im letzten Monat große Angst in Situationen, in denen andere Menschen Sie möglicherweise beobachten? _____

⇒ Können Sie diese Angst oder Furcht beschreiben? _____

⇒ Vor welchen Situationen haben Sie Angst? _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sprechen in der Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> Gespräche beginnen oder aufrechterhalten |
| <input type="checkbox"/> Menschen treffen, die Sie nicht gut kennen | <input type="checkbox"/> Mit Autoritätspersonen sprechen |
| <input type="checkbox"/> Essen, Schreiben oder andere Tätigkeiten in der Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> Bei der Arbeit oder beim Auftreten beobachtet werden |
| <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Öffentliche Toiletten benutzen |

♥ Was befürchten Sie, wenn Sie auf (soziale Situation) treffen oder wenn Sie erwarten, auf (soziale Situation) zu treffen? _____

⇒ Haben Sie Angst, dass Sie sich auf eine Weise verhalten, die demütigend oder peinlich ist? _____

⇒ Haben Sie Angst, dass andere sehen, dass Sie ängstlich sind, und Sie negativ beurteilen? _____

⇒ Haben Sie Angst, dass Sie sich auf eine Weise verhalten, die andere verletzend finden? _____

⇒ Haben Sie Angst, dass Sie sich so verhalten, dass andere Sie ablehnen? _____

1. Berichtet die Person von ausgeprägter Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person einer möglichen Prüfung oder Bewertung durch andere ausgesetzt ist?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Hatten Sie im letzten Monat fast immer Angst, wenn Sie (Objekt oder Situation) begegnet sind? _____

⇒ Gibt es Zeiten, in denen Sie (Objekt oder Situation) begegnen können, ohne sich zu fürchten? _____

2. Lösen die sozialen Situationen fast immer Furcht oder Angst aus?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ Haben Sie im vergangenen Monat erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Begegnung mit (soziale Situation) zu vermeiden?

⇒ Auf welche Weise vermeiden Sie sie? _____

♥ **Fühlten Sie sich im letzten Monat sehr ängstlich, wenn Sie eine (soziale Situation) nicht vermeiden konnten?**

Soziale Situationen werden aktiv vermieden

Soziale Situationen werden mit großer Angst ertragen

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

3. Werden die sozialen Situationen vermieden oder mit großer Angst ertragen?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____

⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____

⇒ Wie stark ist die Belastung/der Leidensdruck, wenn Sie sie/ihn erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?

⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

Probleme in der Schule

Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion

Probleme im sozialen Leben

Probleme mit der Familie

Probleme mit häuslichen Pflichten

Probleme bei der Freizeitgestaltung

Rechtliche Probleme

Finanzielle Probleme

Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit

Andere funktionelle Beeinträchtigungen

4. Verursacht die Angst oder das Vermeiden erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ **Glauben Sie, dass das Ausmaß Ihrer Angst und Ihres Vermeidungsverhaltens in irgendeiner Weise übertrieben oder unangemessen ist? _____**

⇒ Würde jemand anderes diese Angst und dieses Vermeiden für übertrieben oder unangemessen halten? _____

(Hinweis: Dieses Item basiert auf der Meinung der Interviewer:innen und nicht nur auf der Selbsteinschätzung der Patient:innen. Berücksichtigen Sie alle verfügbaren Informationen über den tatsächlichen Grad der Bedrohung, der mit der sozialen Situation verbunden ist.)

5. Ist die Furcht oder Angst unverhältnismäßig (übertrieben) im Vergleich zu der tatsächlichen Bedrohung, die von der sozialen Situation und dem soziokulturellen Kontext ausgeht?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Seit wann leiden Sie unter dieser Angst und Vermeidung?** _____
(Hinweis: In der Regel, wenn auch nicht immer, wird „anhaltend“ als 6 Monate oder länger definiert.)

6. Ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten anhaltend?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

7. Sind die Angst und das Vermeidungsverhalten auf eine andere psychische Störung zurückzuführen (siehe optionale Angaben)?	Nein	Ja Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

8. Wenn eine andere Erkrankung vorliegt, ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten eindeutig übertrieben oder nicht auf die Erkrankung bezogen?	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

9. SOZIALE ANGSTSTÖRUNG (SOZIALE PHOBIE)	Ja	Nein
---	----	------

Aktueller Schweregrad der sozialen Angststörung (soziale Phobie) (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Soziale Angststörung (soziale Phobie)

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Nichtpathologische Schüchternheit:
Nichtpathologische Schüchternheit hat keine signifikanten negativen Auswirkungen auf wichtige Funktionsbereiche.
- Agoraphobie: Menschen mit Agoraphobie vermeiden Situationen, weil sie denken, dass eine Flucht schwierig wäre oder dass im Falle panikartiger Symptome keine Hilfe zur Verfügung stehen könnte, und nicht ausschließlich aus Angst vor einer negativen Bewertung durch andere.
- Panikstörung: Bei sozialer Angststörung liegt die primäre Angst vor negativer Bewertung durch andere vor, während bei der Panikstörung die primäre Angst vor den Panikattacken selbst besteht.
- Generalisierte Angststörung (GAS): Die sozialen Sorgen bei GAS beziehen sich in der Regel auf die Art der laufenden Beziehungen und nicht auf die Angst vor einer negativen Bewertung durch andere. GAS ist durch eine Reihe von Sorgen gekennzeichnet, die sich nicht auf soziale Belange beziehen.
- Störung mit Trennungsangst: Bei der Trennungsangst werden Situationen gefürchtet, weil man befürchtet, von einer Bezugsperson getrennt zu werden; soziale Situationen werden in der Regel nicht gefürchtet, wenn eine Bezugsperson anwesend ist.
- Spezifische Phobie: Obwohl Personen mit spezifischer Phobie befürchten können, während einer Angstreaktion peinlich berührt zu sein, fürchten sie keine negative Bewertung in anderen sozialen Situationen.
- Depression: Personen mit sozialer Angst fürchten negative Bewertung aufgrund bestimmter sozialer Verhaltensweisen oder physischer Symptome, während depressive Personen aufgrund des Gefühls, schlecht oder unwürdig zu sein, sozialen Situationen gegenüber Bedenken haben können.
- Körperdysmorphie Störung: Soziale Ängste sind bei dieser Störung auf wahrgenommene Mängel oder Fehler der körperlichen Erscheinung zurückzuführen und nicht auf bestimmte soziale Verhaltensweisen oder körperliche Symptome.
- Psychotische Störungen: Angst und Vermeidungsverhalten bei sozialer Angststörung sind nicht das Ergebnis von Wahn. Menschen mit sozialer Angststörung sind sich in der Regel bewusst, dass ihre Angst in keinem Verhältnis zum tatsächlichen Ausmaß der sozialen Bedrohung steht.
- Autismus-Spektrum-Störung: Menschen mit sozialer Angststörung verfügen in der Regel über angemessene, altersgemäße soziale Beziehungen und Fähigkeiten zur sozialen Kommunikation.
- Persönlichkeitsstörungen: Die vermeidende Persönlichkeitsstörung ist durch ein breiteres Vermeidungsmuster gekennzeichnet als die soziale Angststörung, auch wenn sich beide überschneiden können.
- Zwangsstörungen: Bei der Zwangsstörung sind Ängste vor sozialen Situationen das Ergebnis von Zwangsvorstellungen und werden in der Regel von zwanghaftem Verhalten oder mentalen Handlungen begleitet.
- Essstörungen: Bei einer sozialen Angststörung beschränkt sich die Angst vor einer negativen Bewertung nicht auf Bedenken hinsichtlich des Gewichts, der Körperform oder des Essverhaltens.
- Andere medizinische Bedingungen: Wenn die Person sich vor den Symptomen einer Krankheit schämt, z. B. Zittern bei der Parkinson-Krankheit, Fettleibigkeit oder Entstellung nach einer Verletzung, müssen die Angst und die Vermeidung entweder nichts mit der Krankheit zu tun haben oder deutlich über das hinausgehen, was man normalerweise bei dieser Krankheit erwarten würde.

Zugehörige Merkmale:

- Unzureichendes Durchsetzungsvermögen, übermäßige Unterwürfigkeit oder (seltener) starke Kontrolle des Gesprächs
- Starre Körperhaltung, wenig Augenkontakt oder eine zu leise Stimm
- Schüchtern, zurückhaltend oder nicht bereit, sich selbst zu offenbaren
- Suche nach Jobs oder Rollen, die wenig soziale Interaktion erfordern

Weitere Spezifikationen:

- Verzögertes Verlassen des Elternhauses,
Heirat oder Arbeitssuche
- Selbstmedikation mit Substanzen
- Erröten
- Verschlimmerung medizinischer Probleme
bei Angst (z. B. verstärktes Zittern oder
Tachykardie)
- Nur Leistungssituationen

PANIKSTÖRUNG

- ◆ **Hatten Sie jemals eine Panikattacke, bei der Sie sich plötzlich sehr ängstlich fühlten oder viele unangenehme körperliche Empfindungen hatten?** _____
⇒ Können Sie die Attacke oder die Attacken beschreiben? _____
- ◆ **Fühlte es sich an wie ein plötzlicher Ausbruch von Angst oder Unbehagen?** _____
⇒ **Wie lange dauerte es vom Beginn bis zum Höhepunkt der Attacke?** _____
- Der Anfall wird als plötzliche Welle intensiver Angst oder intensiven Unbehagens erlebt
 - Die Attacke erreicht innerhalb weniger Minuten nach Beginn ihren Höhepunkt

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn die Antwort auf beide Fragen „Ja“ lautet)

- ◆ **Wurden diese Attacken durch etwas ausgelöst, z. B. durch eine bestimmte Situation oder durch Sorgen? Hatten Sie jemals Panikattacken, die aus heiterem Himmel oder scheinbar ohne Grund auftraten?**
- Zumindest einige der Panikattacken waren unerwartet (kein offensichtlicher Auslöser)

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn die oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

- ◆ **Welche körperlichen Symptome treten bei Ihnen während einer Panikattacke auf?**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzstolpern oder erhöhte Herzfrequenz | <input type="checkbox"/> Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Zittern oder Beben | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit oder ein Gefühl des Erstickens |
| <input type="checkbox"/> Erstickungsgefühle | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Unbehagen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> Schwindel, Benommenheit oder Ohnmachtsgefühle | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost oder Hitzewallungen |
| <input type="checkbox"/> Furcht, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden | <input type="checkbox"/> Furcht vor dem Sterben |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen (z. B. Übelkeit, Magenverstimmung, Gefühl von Durchfall) | <input type="checkbox"/> Parästhesien (Taubheitsgefühle oder Kribbeln, meist in Fingern, Zehen oder im Gesicht) |
| <input type="checkbox"/> Derealisation (das Gefühl, die Dinge seien nicht real) oder Depersonalisation (das Gefühl, nicht man selbst zu sein oder „außerkörperliche“ Gefühle) | |

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn mindestens 4 oder mehr der oben genannten Symptome vorhanden sind.)

- ◆ **Wie viele Panikattacken mit mindestens vier der gerade besprochenen Symptome hatten Sie in Ihrem Leben?** _____

1. Berichtet die Person über wiederkehrende (d. h. mehr als eine), unerwartete Panikattacken? ⁴	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

- ◆ **Haben Sie sich nach einer dieser Panikattacken große Sorgen gemacht, dass Sie eine weitere Attacke bekommen könnten, oder haben Sie sich Sorgen gemacht, wann und wo die Attacke stattfinden würde?**
- _____
- ⇒ Haben Sie sich darüber mindestens einen Monat lang Sorgen gemacht? _____
- ⇒ Haben Sie sich im letzten Monat darüber Sorgen gemacht? _____

⁴ Hinweis: Panikattacken können als Spezifikation für jede psychische Störung aufgeführt werden.

♥ **Haben Sie sich nach einer dieser Attacken große Sorgen darüber gemacht, was Ihnen aufgrund der Panikattacken zustoßen könnte? Haben Sie sich z. B. Sorgen gemacht, dass Sie einen Herzinfarkt oder einen anderen medizinischen Notfall haben könnten? Haben Sie sich Sorgen gemacht, dass Sie die Kontrolle über sich selbst verlieren oder etwas Peinliches tun könnten? Haben Sie sich Sorgen gemacht, dass Sie verrückt werden oder den Verstand verlieren könnten?**

- ⇒ Haben Sie sich darüber mindestens einen Monat lang Sorgen gemacht? _____
- ⇒ Haben Sie sich im letzten Monat darüber Sorgen gemacht? _____

♥ **Haben Sie Ihr Verhalten in Reaktion auf die Panikattacken angepasst? Haben Sie z. B. etwas unternommen, um zu verhindern, dass Sie weitere Attacken bekommen? Haben Sie bestimmte Aktivitäten eingestellt, z. B. keinen Sport mehr getrieben? Sind Sie nicht mehr an bestimmte Orte gegangen, z. B. nicht mehr an unbekannte Orte? Mussten Sie jemanden oder etwas mitnehmen, um sich wegen der Panikattacken sicherer zu fühlen?**

- ⇒ Haben Sie Ihre Aktivitäten für mindestens einen Monat angepasst? _____
- ⇒ Haben Sie Ihre Aktivitäten im letzten Monat angepasst? _____

- Mindestens 1 Monat lang anhaltendes Besorgnis über weitere Panikattacken, präsent während des letzten Monats
- Mindestens 1 Monat lang anhaltendes Besorgnis über die Folgen der Panikattacken, präsent während des letzten Monats
- Mindestens 1 Monat lang maladaptive Verhaltensänderungen aufgrund der Panikattacken, präsent während des letzten Monats

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

<i>2. War mindestens eine Panikattacke gefolgt von 1 Monat oder länger anhaltender Besorgnis über weitere Panikattacken oder deren Folgen und/oder einer signifikanten maladaptiven Verhaltensänderung im Zusammenhang mit den Attacken?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?**

-
- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
 - ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

<i>3. Sind die Panikattacken auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz, einen anderen medizinischen Zustands oder eine andere psychische Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Angaben; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-------------	--

4. PANIKSTÖRUNG	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
------------------------	-----------	-------------

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

Aktueller Schweregrad der Panikstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Panikstörung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) oder Hyperparathyreoidismus
- Phäochromozytom (Nebennierentumor)
- Vestibuläre Dysfunktion/Schwindel aufgrund eines medizinischen Problems
- Krampfanfälle
- Kardiopulmonaler Zustand
- ZNS-Stimulanzien-Intoxikation
- Cannabis-Intoxikation
- Entzug von ZNS-Depressiva
- Andere Angststörung: Die Panikstörung ist gekennzeichnet durch das Auftreten unerwarteter Panikattacken und die anhaltende Angst vor weiteren Attacken oder die Verhaltensanpassung an Panikattacken.
- Panikattacken als Begleiterscheinung anderer psychischer Störungen: Bei anderen Störungen treten Panikattacken als Reaktion auf vorhersehbare Auslöser (z. B. Angst auslösende Reize) auf. Bei einer Panikstörung treten zumindest einige Panikattacken unerwartet auf.

Zugehörige Merkmale:

- Nächtliche Panikattacken (Aufwachen aus dem Schlaf in einem Zustand der Panik)
- Ständige oder zeitweilige Angstgefühle im Zusammenhang mit gesundheitlichen und psychischen Problemen
- Unverträglichkeit von Medikamenten, medikamentöse Nebenwirkungen
- Allgegenwärtige Besorgnis über die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu erledigen oder den täglichen Stress zu bewältigen
- Übermäßiger Gebrauch von Substanzen zur Kontrolle von Panikattacken
- Extremes Verhalten zur Kontrolle von Panikattacken (z. B. Einschränkung von Lebensmitteln oder Medikamenten, die Panik auslösen)

AGORAPHOBIE

♥ Haben Sie sich im letzten Monat in einer der folgenden Situationen sehr furchtsam oder ängstlich gefühlt?

- Beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel wie Busse oder Flugzeuge?
- Beim Aufenthalt auf offenen Plätzen wie Parkplätzen oder Brücken?
- Beim Aufenthalt in geschlossenen Räumlichkeiten wie Geschäften oder Theatern?
- Beim Stehen in einer Schlange zu stehen oder dem Aufenthalt in einer Menschenmenge?
- Allein außerhalb der eigenen Wohnung/Haus?

(Hinweis: Dieses Kriterium ist nur erfüllt, wenn zwei oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

⇒ Können Sie diese Furcht oder Angst beschreiben? _____

1. Berichtet die Person über ausgeprägte Furcht vor zwei oder mehr der oben beschriebenen Situationen?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Haben Sie im vergangenen Monat erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Begegnung mit (Situation) zu vermeiden? _____

⇒ Auf welche Weise vermeiden Sie sie? _____

♥ Brauchten Sie im letzten Monat jemanden, der Sie beim Aufsuchen von (angstbesetzten Situationen) begleitet? _____

♥ Haben Sie im letzten Monat, wenn Sie (die Situation) nicht vermeiden können, starke Angst verspürt? _____

- Angstbesetzte Situation wird aktiv vermieden
- Angstbesetzte Situation wird mit intensiver Angst ertragen
- Angstbesetzte Situation erfordert Begleitung

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. Werden die angstbesetzten Situationen vermieden, erfordern sie die Anwesenheit einer Begleitperson oder werden sie mit großer Angst ertragen?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Was befürchten Sie, wird passieren, wenn Sie sich in einer dieser Situationen befinden?

- Befürchten Sie, dass Sie in dieser Situation starke Angst- oder Paniksymptome bekommen werden? [Befürchtung, panikartige, einschränkende oder peinliche Symptome zu bekommen]
- Machen Sie sich Sorgen, dass es schwierig wäre, aus dieser Situation herauszukommen oder Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese Symptome hätten? [Befürchtung, dass es schwierig wäre, aus der Situation zu entkommen, oder dass keine Hilfe zur Verfügung stehen würde]

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

3. Fürchtet oder vermeidet die Person diese Situationen, weil sie befürchtet, dass eine Flucht schwierig sein könnte oder dass im Falle von panikartigen Symptomen oder anderen einschränkenden oder peinlichen Symptomen keine Hilfe zur Verfügung steht?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

4. Verursacht die Angst oder das Vermeiden erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

♦ **Glauben Sie, dass das Ausmaß Ihrer Angst und Ihres Vermeidungsverhaltens in irgendeiner Weise übertrieben oder unangemessen ist?**

- ⇒ Würde jemand anderes denken, dass diese Angst und Vermeidung übertrieben oder unangemessen sind?

(Hinweis: Dieses Item basiert auf der Meinung der Interviewer:innen und nicht nur auf der Selbsteinschätzung der Patient:innen. Berücksichtigen Sie alle verfügbaren Informationen über den tatsächlichen Grad der Gefahr, die mit der angstbesetzten Situation verbunden ist.)

5. Ist die Angst oder das Vermeiden unverhältnismäßig im Vergleich zu der tatsächlichen Gefahr und zum soziokulturellen Kontext?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

- ❖ **Hatten Sie im letzten Monat fast immer Angst, wenn Sie auf (angstbesetzte Situation) trafen?**
 ⇒ Gibt es Zeiten, in denen Sie (angstbesetzte Situation) erleben können, ohne Angst zu haben?

- ❖ **Wenn Sie im letzten Monat vor (angstbesetzte Situation) Angst hatten, hat sich die Angst dann fast immer sofort eingestellt?**
 ⇒ Gibt es Zeiten, in denen die Angst viel später auftritt?
 Die Situation löst fast immer Furcht oder Angst aus Furcht oder Angst tritt fast immer sofort auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

6. Lösen die angstbesetzten Situationen fast immer unmittelbare Furcht oder Angst aus?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

- ❖ **Wie lange erleben Sie diese Angst das Vermeidungsverhalten bereits? _____**
(Hinweis: In der Regel, wenngleich nicht immer, wird „anhaltend“ als 6 Monate oder länger definiert.)

7. Ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten anhaltend?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

8. Wenn eine andere körperliche Erkrankung vorliegt, ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten eindeutig übertrieben oder nicht auf die Erkrankung bezogen?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

9. Sind die Angst und das Vermeidungsverhalten auf eine andere psychische Störung zurückzuführen (siehe optionale Informationen)?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

10. AGORAPHOBIE	Ja	Nein
------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der Agoraphobie (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Agoraphobie

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Spezifische Phobie: Bei der Agoraphobie richten sich die Angst und die Vermeidung auf mindestens zwei der oben genannten Situationen. Situationen werden eher aus Angst vor panikartigen, einschränkenden oder peinlichen Symptomen vermieden als aus Angst, durch die Situation selbst geschädigt zu werden.
- Störung mit Trennungsangst: Bei der Agoraphobie werden Situationen eher aus Angst vor panikartigen, einschränkenden oder peinlichen Symptomen gemieden als aus Angst vor einer Trennung von einer Bezugsperson.
- Soziale Angststörung: Bei der Agoraphobie werden Situationen (auch nicht soziale) vermieden, weil man befürchtet, im Falle panikartiger, einschränkender oder peinlicher Symptome nicht entkommen oder keine Hilfe zu erhalten, und nicht nur aus Angst vor einer negativen Bewertung durch andere.
- Panikstörung: Agoraphobie kann nur diagnostiziert werden (möglicherweise zusätzlich zu einer Panikstörung), wenn zwei oder mehr der oben genannten Situationen gefürchtet oder vermieden werden.
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Bei der PTBS beschränkt sich die Vermeidung auf Situationen, die die Person an ein traumatisches Ereignis erinnern, und sie wird nicht aus Angst vor der Entwicklung panikartiger, einschränkender oder peinlicher Symptome vermieden.
- Depression: Depressive Menschen können Situationen aufgrund von Apathie, Energiemangel, geringem Selbstwertgefühl oder Anhedonie vermeiden, aber nicht aus Angst, panikartige, einschränkende oder peinliche Symptome zu entwickeln.
- Andere Erkrankung: Wenn sich der Betroffene vor den Symptomen einer Krankheit, z. B. einer entzündlichen Darmerkrankung oder der Parkinson-Krankheit, schämt, müssen die Angst und die Vermeidung entweder nicht mit der Krankheit zusammenhängen oder deutlich über das hinausgehen, was normalerweise bei dieser Krankheit zu erwarten wäre.

Zugehörige Merkmale:

- Panikattacken oder Panikstörung vor dem Auftreten von Agoraphobie
- An das eigene Zuhause gebunden oder auf fremde Dienste oder Hilfe angewiesen
- Depressive Symptome
- Selbstmedikation mit Substanzen

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

♥ Haben Sie sich im letzten Monat übermäßig ängstlich oder besorgt über viele Dinge gefühlt?

⇒ Können Sie Ihre Ängste beschreiben? _____

- Verpflichtungen bei der Arbeit oder in der Schule?
- Ihre Gesundheit?
- Die Gesundheit der Menschen in Ihrer Familie?
- Finanzielle Sorgen?
- Etwas Schlimmes, das Menschen zustößt, die Ihnen wichtig sind?
- Dinge, die die meisten Menschen als unbedeutend ansehen würden, z. B. Hausarbeiten zu erledigen oder pünktlich zu sein?
- Andere Sorgen? _____

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn zwei oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

♥ Glauben Sie, dass Ihre Sorgen übertrieben sind oder unverhältnismäßig zur tatsächlichen Bedrohung sind?__

♥ Haben Sie sich im letzten Monat an den meisten Tagen über diese Dinge Sorgen gemacht?_____

♥ Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten den meisten Tagen Gedanken über diese Dinge gemacht?

- Die Sorge über zwei oder mehr Bereiche ist nach dem Urteil von Patient:in oder Interviewer:in übermäßig groß
- Die Sorge über zwei oder mehr Bereiche tritt an mehr Tagen auf als nicht
- Die Sorge über zwei oder mehr Bereiche tritt seit mindestens 6 Monaten an mehr Tagen auf als nicht

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn alle 3 der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. Berichtet die Person über übermäßige Ängste und Sorgen, die seit mindestens 6 Monaten an den meisten Tagen und in Bezug auf eine Reihe von Ereignissen oder Aktivitäten auftreten?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ Ist es Ihnen im letzten Monat schwergefallen, Ihre Sorgen zu kontrollieren? _____

- ⇒ Kommen Ihnen die Sorgen in den Sinn, auch wenn Sie es nicht wollen? _____
- ⇒ Kommen Ihnen Ihre Sorgen auch dann in den Sinn, wenn Sie versuchen, sich auf etwas anderes zu konzentrieren? _____
- ⇒ Fällt es Ihnen schwer, sich nicht mehr zu sorgen, wenn Sie einmal damit angefangen haben? _____

2. Fällt es der Person schwer, ihre Sorgen zu kontrollieren?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Haben Sie im letzten Monat eines der folgenden körperlichen Symptome bemerkt?

- Unruhe oder das Gefühl, „aufgedreht“ oder „nervös“ zu sein?
- Werden Sie schnell müde oder erschöpft?
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich auf andere Dinge zu konzentrieren, oder geht Ihnen nichts mehr durch den Kopf?
- Fühlen Sie sich gereizt oder launisch?
- Haben Sie Muskelverspannungen?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen wie Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhigem Schlaf?

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn drei oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

♥ **Hatten Sie im letzten Monat an den meisten Tagen (körperliche Symptome)?** _____

♥ **Haben Sie seit 6 Monaten oder länger an den meisten Tagen (körperliche Symptome)?** _____

Körperliche Symptome treten an den meisten Tagen auf

Körperliche Symptome treten seit mindestens 6 Monaten an den meisten Tagen auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

3. Sind die Ängste und Sorgen mit mindestens drei der oben beschriebenen Symptome verbunden und treten sie seit mindestens 6 Monaten an den meisten Tagen auf?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____

⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____

⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?

⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

Probleme in der Schule

Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion

Probleme im sozialen Leben

Probleme mit der Familie

Probleme mit häuslichen Pflichten

Probleme bei der Freizeitgestaltung

Rechtliche Probleme

Finanzielle Probleme

Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit

Andere funktionelle Beeinträchtigungen

4. Verursachen die Ängste, Sorgen oder körperlichen Symptome erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?

Ja

Nein
Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____

⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

5. Sind die Ängste, Sorgen oder körperlichen Symptome auf die Auswirkungen einer Substanz, eines medizinischen Zustands oder einer anderen psychischen Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Informationen; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	Ja	Nein
---------------------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der generalisierten Angststörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> Ziemlich seltene Beschwerden ODER Kurze Dauer der Beschwerden ODER Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> Sehr häufige Beschwerden ODER Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER Akut psychotisch ODER Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Generalisierte Angststörung (GAS)

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Zwangsstörung: GAS ist typischerweise durch übermäßige Sorgen über bevorstehende Probleme gekennzeichnet. Bei der Zwangsstörung nehmen die Zwangsvorstellungen die Form von aufdringlichen und unerwünschten Gedanken, Impulsen oder Bildern an.
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Bei der PTBS beziehen sich die Ängste und Sorgen auf traumabezogene Ereignisse oder Situationen, während bei der GAS die Sorgen allgemeiner Natur sind. Wenn die Kriterien für eine PTBS erfüllt sind und die Sorgen und körperlichen Symptome durch diese Diagnose erklärt werden können, sollte eine PTBS diagnostiziert werden und keine GAS.
- Anpassungsstörung: Eine Anpassungsstörung wird nur diagnostiziert, wenn die Kriterien für eine GAS nicht erfüllt sind und die Angst bei einer Anpassungsstörung nicht länger als 6 Monate nach Beendigung des Stressors oder seiner Folgen anhält.
- Hyperthyreose oder Hyperparathyreoidismus
- Phäochromozytom
- ZNS-Stimulanzien-Intoxikation
- Cannabis-Intoxikation
- Entzug von ZNS-Depressiva
- Psychotische und affektive Störungen: Wenn Ängste, Sorgen und körperliche Symptome nur im Verlauf einer psychotischen oder affektiven Störung aufgetreten sind, aber immer noch ausreichen, um eine klinische Behandlung zu rechtfertigen, können sowohl die psychotische oder affektive Störung als auch eine GAS diagnostiziert werden.
- Soziale Angststörung: Bei der GAS beziehen sich die Sorgen auf eine Reihe von Ereignissen oder Situationen, die sich nicht auf die Befürchtung beschränken, von anderen negativ bewertet zu werden.

Zugehörige Merkmale:

- Zittern, Zuckungen, Zittrigkeit oder Muskelschmerzen aufgrund von Muskelverspannungen
- Somatische Symptome (z. B. Schwitzen, Übelkeit, Durchfall)
- Symptome von autonomem Hyperarousal (z. B. übertriebene Schreckreaktion, Tachykardie, Kurzatmigkeit, Schwindelgefühl)
- Somatische Störungen in Verbindung mit Stress (z. B. Reizdarmsyndrom, Kopfschmerzen)

SPEZIFISCHE PHOBIE

♥ Gab es im letzten Monat bestimmte Objekte, Situationen oder Aktivitäten, vor denen Sie große Angst hatten?

⇒ Können Sie diese Angst beschreiben? _____

⇒ Wovor haben Sie Angst? _____

Tiere (z. B. Spinnen, Insekten, Hunde, Schlangen)

Situationen (z. B. Fliegen, Aufzüge, geschlossene Räume)

Natürliche Umgebung (z. B. Höhen, Stürme, Wasser)

Sonstiges (z. B. Ersticken oder Erbrechen, laute Geräusche, kostümierte Personen) _____

Blut, Spritzen oder Verletzungen

1. <i>Berichtet die Person über ausgeprägte Furcht oder Angst vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an</i>
--	-----------	---

♥ Haben Sie im vergangenen Monat erhebliche Anstrengungen unternommen, um eine Begegnung mit (Objekt oder Situation) zu vermeiden? _____

⇒ Auf welche Weise vermeiden Sie das? _____

♥ Fühlten Sie sich im letzten Monat sehr ängstlich, wenn Sie (Objekt oder Situation) nicht vermeiden konnten?

Objekt oder Situation wird aktiv vermieden

Das Objekt oder die Situation wird mit intensiver Angst ertragen

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. <i>Wird die Furcht oder Angst vermieden oder mit intensiver Angst ertragen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an</i>
--	-----------	---

♥ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____

⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____

⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

<i>3. Verursacht die Angst oder das Vermeiden erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an</i>
--	-----------	---

♥ **Glauben Sie, dass das Ausmaß Ihrer Angst und Ihres Vermeidungsverhaltens in irgendeiner Weise übertrieben oder unangemessen ist?**

- ⇒ Würde jemand anderes diese Angst und dieses Vermeidungsverhalten für übertrieben oder unangemessen halten?

(Hinweis: Dieses Item basiert auf der Meinung der Interviewer:innen und nicht nur auf der Selbsteinschätzung der Patient:innen. Berücksichtigen Sie alle verfügbaren Informationen über das tatsächliche Ausmaß der mit dem Objekt oder der Situation verbundenen Gefahr.)

<i>4. Ist die Furcht oder Angst unverhältnismäßig zu der tatsächlichen Gefahr und dem soziokulturellen Kontext?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an</i>
---	-----------	---

♥ **Hatten Sie im letzten Monat fast immer Angst, wenn Sie (Objekt oder Situation) begegneten?**

- ⇒ Gibt es Zeiten, in denen Sie (Objekt oder Situation) begegnen und sich nicht ängstlich fühlen?

♥ **Wenn Sie im letzten Monat Angst vor (einem Gegenstand oder einer Situation) hatten, haben Sie dann fast immer sofort Angst bekommen?**

- ⇒ Gibt es Zeiten, in denen die Angst viel später auftritt?
 - Das Objekt oder die Situation löst fast immer Furcht oder Angst aus
 - Furcht oder Angst tritt fast immer sofort auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

<i>5. Löst das angstbesetzte Objekt oder die angstbesetzte Situation fast immer unmittelbare Furcht oder Angst aus?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an</i>
---	-----------	---

♥ **Wie lange erleben Sie diese Angst und Vermeidung bereits?** _____

(Hinweis: In der Regel, wenn auch nicht immer, ist „anhaltend“ definiert als 6 Monate oder länger.)

6. Ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten anhaltend?	Ja	Nein Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an
---	----	---

7. Ist die Angst auf eine andere psychische Störung zurückzuführen (siehe optionale Informationen)?	Nein	Ja Weiter mit Item 8 und kreuzen Sie „Nein“ an
---	------	---

8. SPEZIFISCHE PHOBIE	Ja	Nein
------------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der spezifischen Phobie (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> Ziemlich seltene Beschwerden ODER Kurze Dauer der Beschwerden ODER Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> Sehr häufige Beschwerden ODER Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER Akut psychotisch ODER Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Spezifische Phobie

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Agoraphobie: Personen mit Agoraphobie meiden in der Regel mehr als eine angstbesetzte Situation und vermeiden diese Situationen, weil sie denken, dass eine Flucht schwierig wäre oder dass im Falle panikartiger, einschränkender oder peinlicher Symptome keine Hilfe zur Verfügung stehen könnte.
- Soziale Angststörung: Bei sozialen Ängsten werden Situationen aus Angst vor einer negativen Bewertung durch andere vermieden.
- Störung mit Trennungsangst: Bei Trennungsangst werden Situationen gefürchtet, weil man befürchtet, von einer Bezugsperson getrennt zu werden.
- Panikstörung: Bei der spezifischen Phobie treten Panikattacken nur als Reaktion auf das angstbesetzte Objekt oder die angstbesetzte Situation auf, während bei der Panikstörung Panikattacken auch unerwartet auftreten.
- Zwangsstörung: Bei Zwangsstörungen sind Ängste vor Objekten oder Situationen das Ergebnis von Zwangsvorstellungen und werden in der Regel von zwanghaften Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen begleitet.
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Neben Angst und Vermeidung ist die PTBS durch weitere Symptome wie emotionale Betäubung und anhaltende Übererregung gekennzeichnet.
- Essstörungen: Bei einer spezifischen Phobie ist das Vermeidungsverhalten nicht auf Essen und nahrungsbezogene Reize beschränkt und beruht nicht auf der Angst vor Gewichtszunahme.
- Psychotische Störungen: Angst und Vermeidungsverhalten bei spezifischer Phobie sind nicht das Ergebnis von Wahn.

Zugehörige Merkmale:

- Zunahme der physiologischen Erregung in Erwartung oder während der Exposition gegenüber dem angstbesetzten Objekt oder der Situation
- Für den Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ: vasovagale Ohnmacht oder Beinahe-Ohnmacht

Weitere Spezifikationen:

- Tier-Typ
 - Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ
 - Anderer Typ
 - Umwelt-Typ
 - Situativer Typ
-

STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

♥ **Hatten Sie im letzten Monat große Angst davor, von einer bestimmten Person oder bestimmten Menschen getrennt zu sein?** _____

- ⇒ Können Sie diese Angst beschreiben? _____
- ⇒ Von wem fällt es Ihnen schwer, getrennt zu sein? _____
- ⇒ Was befürchten Sie konkret, wenn Sie von dieser Person oder diesen Personen getrennt werden? _____
- ⇒ Weil Sie Angst davor haben, von (Person) getrennt zu sein, ...

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sind Sie oft sehr beunruhigt, wenn Sie von (Person) getrennt sind oder wenn Sie denken, dass Sie von (Person) getrennt werden? [Wiederkehrende übermäßige Beunruhigung, wenn eine Trennung von zu Hause oder von der/den Bezugsperson(en) erlebt oder erwartet wird] <input type="checkbox"/> Machen Sie sich oft Sorgen, dass Sie (Person) verlieren oder dass ihr etwas Schlimmes zustoßen könnte? [Anhaltende und übermäßige Sorge, die Bezugsperson(en) zu verlieren oder dass ihnen etwas zustoßen könnte] <input type="checkbox"/> Machen Sie sich oft Sorgen, dass Sie sich verlieren oder Sie entführt werden oder dass etwas anderes passiert, das Sie von (Person) trennt? [Anhaltende und übermäßige Sorge, ein aversives Ereignis zu erleben (z. B. verloren zu gehen, entführt zu werden), dass eine Trennung von der/den Bezugsperson(en) verursacht]. <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, sich räumlich von (Person) zu entfernen, z. B. um zur Schule oder zur Arbeit zu gehen? [Anhaltende Abneigung oder Weigerung, von zu Hause wegzugehen, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen oder sich anderweitig von der/den Bezugsperson(en) zu trennen] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, allein oder ohne (Person) zu sein? [Anhaltende und übermäßige Angst vor oder Abneigung gegen das Alleinsein oder das Alleinsein ohne Bezugsperson(en)] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, allein oder außer Haus zu schlafen? [Anhaltende Abneigung oder Weigerung, außerhalb von zu Hause oder ohne Bezugsperson(en) zu schlafen] <input type="checkbox"/> Haben Sie oft Alpträume über die Trennung von (Person)? [Wiederholte Alpträume über Trennung] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich oft krank, haben Sie Kopf- oder Bauchschmerzen, wenn Sie von (Person) getrennt sind oder wenn Sie erwarten, von ihr/ihm getrennt zu sein? [Wiederholte Beschwerden über körperliche Symptome während oder in Erwartung der Trennung von der/den Bezugsperson(en)] |
|---|--|

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn drei oder mehr der oben genannten Punkte zutreffen)

1. <i>Berichtet die Person über eine entwicklungsbedingt unangemessene, übermäßige Furcht oder Angst vor der Trennung von einer Bezugsperson?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i> <i>Weiter mit</i> <i>Item 5 und</i> <i>„Nein“</i> <i>ankreuzen</i>
---	-----------	--

2. <i>Ist die Angst auf eine andere psychische Störung zurückzuführen (z. B. Panikstörung, Agoraphobie, , generalisierte Angststörung, Krankheitsangststörung, soziale Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung)?</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i> <i>Weiter mit Item 5</i> <i>und „Nein“</i> <i>ankreuzen</i>
--	-------------	--

💎 **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

💎 **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

<i>3. Verursacht die Angst oder das Vermeiden erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

💎 **Leiden Sie seit 6 Monaten oder länger unter dieser Angst oder Vermeidung? _____**

<i>4. Hält die Angst oder die Vermeidung seit 6 Monaten oder länger an?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-----------	--

5. STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
--------------------------------------	-----------	-------------

Aktueller Schweregrad der Störung mit Trennungsangst (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Störung mit Trennungsangst

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Generalisierte Angststörung (GAS): Eine Störung mit Trennungsangst ist nicht durch wesentliche Sorgen, außer der Trennung von Bezugspersonen, gekennzeichnet.
- Panikstörung: Bei der Panikstörung besteht die primäre Angst darin, durch eine Panikattacke handlungsunfähig zu werden, und nicht in der Trennung von Bezugspersonen.
- Agoraphobie: Menschen mit einer Störung mit Trennungsangst haben keine Angst, sich in Situationen zu befinden, aus denen ein Entkommen im Falle panikartiger Symptome schwierig wäre.
- Soziale Angststörung: Bei sozialen Ängsten ist die Vermeidung von Schule oder Arbeit eher auf die Angst zurückzuführen, negativ beurteilt zu werden, als auf die Angst vor einer Trennung von den Bezugspersonen.
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Die PTBS ist in erster Linie durch sich aufdrängende Erinnerungen an ein Trauma und deren Vermeidung gekennzeichnet und nicht durch die Angst vor der Trennung von den Bezugspersonen.
- Krankheitsangststörung: Bei einer Krankheitsangststörung bezieht sich die Angst in erster Linie auf die Krankheit und nicht auf die Trennung von den Bezugspersonen.
- Trauer: Trauer ist eher durch Sehnsucht nach oder Beschäftigung mit dem/der Verstorbenen gekennzeichnet als durch die Angst vor der Trennung von den Bezugspersonen.
- Depression: Die Abneigung bei Depression das Haus zu verlassen, ist in der Regel auf geringe Motivation oder Energie zurückzuführen und nicht auf die Angst vor einer Trennung von den Bezugspersonen.
- Psychotische Störungen: Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse bei der Störung mit Trennungsangst beruhen in der Regel auf einer Fehlwahrnehmung eines Reizes, treten nur in bestimmten Situationen auf (z. B. nachts) und hören auf, sobald eine Bezugsperson anwesend ist.
- Persönlichkeitsstörungen: Die Störung mit Trennungsangst ist nicht durch eine wahllose Abhängigkeit von anderen (wie bei der dependenten Persönlichkeitsstörung) oder Problemen mit der Identität, der Selbststeuerung, dem zwischenmenschlichen Funktionieren und der Impulsivität (wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung) gekennzeichnet.

Zugehörige Merkmale:

- Sozialer Rückzug, Apathie, Traurigkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten, wenn die Person von ihren Bezugspersonen getrennt ist
- Ängste vor Tieren, der Dunkelheit, Straßenräubern, Einbrechern, Entführern, Autounfällen, Flugreisen oder anderen Situationen, die als gefährlich für die Person oder ihre Familie empfunden werden
- Heimweh und Unbehagen bis hin zum Elend, wenn sie von zu Hause weg sind
- Von anderen abhängig oder überfürsorglich sein (insbesondere von Ehepartner:innen oder Kindern)

AFFEKTIVE STÖRUNGEN

MANISCHE/HYPOMANISCHE EPISODE

- ♥ Hatten Sie schon einmal eine Zeitspanne von mindestens 4 Tagen, in der Ihre Stimmung so gut oder so gehoben war, als wären Sie im siebten Himmel, sodass Sie dadurch Probleme bekamen oder Leute dachten, Sie seien nicht Sie selbst? _____

⇒ Hatten Sie dieses Gefühl im letzten Monat (aktuelle Episode)? _____
- ♥ Gab es eine Zeitspanne von mindestens 4 Tagen, in der Sie sich so gut gefühlt haben oder in der Sie sich so stark oder so fähig gefühlt haben, neue Projekte zu beginnen, dass Sie dadurch Probleme bekamen oder Leute dachten, Sie wären nicht Sie selbst? _____

⇒ Haben Sie sich im letzten Monat (aktuelle Episode) so gefühlt? _____
- ♥ Gab es eine Zeitspanne von mindestens vier Tagen, in der Ihre Stimmung so gereizt oder so launisch war, dass Sie dadurch Probleme bekamen oder Leute dachten, Sie seien nicht Sie selbst? _____

⇒ Haben Sie sich im letzten Monat so gefühlt (aktuelle Episode)? _____

⇒ Können Sie diese Periode oder Perioden beschreiben? _____

⇒ Wann hat/haben sie begonnen und wann hat/haben sie geendet? _____

⇒ Unterschied sich das sehr von dem, wie Sie normalerweise sind? _____

⇒ Fühlten Sie sich vom Beginn der Episode(n) an bis zu ihrem Ende durchgehend so?

 - Ausgeprägter Zeitraum mit abnormaler und anhaltend gehobener Stimmung
 - Ausgeprägter Zeitraum mit abnormaler und anhaltend expansiver Stimmung
 - Ausgeprägter Zeitraum mit abnormaler und anhaltend gereizter Stimmung

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

- ♥ Hatten Sie während einer dieser Phasen das Gefühl, viel mehr Energie zu haben als sonst? _____
- ♥ Haben Sie in einer dieser Phasen festgestellt, dass Sie viel mehr Arbeit, Hausarbeit, Projekte oder andere Aktivitäten gemacht haben als normalerweise? _____

⇒ Unterschied sich das sehr von dem, wie Sie normalerweise sind? _____

⇒ Hatten Sie das Gefühl, dass Sie vom Beginn der Episode(n) an bis zu ihrem Ende ständig so waren?

 - Die Episode geht mit abnormaler und anhaltend erhöhter Energie einher
 - Die Episode geht mit einer abnormalen und anhaltend erhöhten zielgerichteten Aktivität einher

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

<p>1. Berichtet die Person über eine ausgeprägte Episode ungewöhnlich und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung und ungewöhnlich und anhaltend erhöhter Energie oder zielgerichteter Aktivität?</p>	Aktuelle Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen
	Frühere Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen

(Hinweis: Erfragen Sie die aktuelle manischen/hypomanische Episode, falls vorhanden, sowie die schlimmsten Episode im Leben.)

❖ Mussten Hat dieses Problem (aktuell/in der Vergangenheit) Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- Probleme in der Schule
 - Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion
 - Probleme im sozialen Leben
 - Probleme mit der Familie
 - Probleme mit häuslichen Pflichten
 - Probleme bei der Freizeitgestaltung
 - Rechtliche Probleme
 - Finanzielle Probleme
 - Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit
 - Andere funktionelle Beeinträchtigungen
-

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte und medizinische Unterlagen.)

❖ Mussten Sie jemals wegen dieser Episode oder Episoden im Krankenhaus behandelt werden? _____

⇒ Wurde dieser Krankenhausaufenthalt durchgeführt, um Schaden für Sie selbst oder für andere zu verhindern? _____

❖ Hatten Sie während der Episode oder den Episoden ungewöhnliche Überzeugungen, z. B. dass Sie eine besondere Beziehung zu jemandem Unbekannten oder zu einer berühmten Person hatten, dass Sie besondere Kräfte hatten oder dass andere hinter Ihnen her waren? __

❖ Haben Sie während der Episode(n) Dinge gehört, die andere nicht zu hören schienen, z. B. Stimmen? _____

- Die Episode verursacht eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung
- Die Episode erfordert einen Krankenhausaufenthalt, um eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern
- Die Episode wird von psychotischen Symptomen begleitet

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. Hat die affektive Störung eine deutliche Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen verursacht, einen Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht oder psychotische Züge angenommen?	Aktuelle Episode	Ja	Nein Bei Item 7 „Nein“ ankreuzen und weiter mit Item 4
	Frühere Episode	Ja	Nein Bei Item 7 „Nein“ ankreuzen und weiter mit Item 4

❖ Fühlten Sie sich mindestens 1 Woche lang die meiste Zeit des Tages und fast jeden Tag so?

- Die Symptome waren die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag während mindestens 1 Woche vorhanden
- Die Symptome erforderten einen Krankenhausaufenthalt

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

3. Hat die Episode mindestens 1 Woche gedauert und war die meiste Zeit des Tages an fast jedem Tag präsent oder, im Falle einer kürzeren Episode, war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?	Aktuelle Episode	Ja Weiter mit Item 5	Nein Bei Item 7 „Nein“ ankreuzen und weiter mit Item 4
	Frühere Episode	Ja Weiter mit Item 5	Nein Bei Item 7 „Nein“ ankreuzen und weiter mit Item 4

♥ **Haben Sie sich die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Tagen so gefühlt?**

- Die Symptome traten die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Tagen auf
- Die Symptome erforderten keinen Krankenhausaufenthalt

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

4. Hat die Episode mindestens 4 aufeinanderfolgende Tage gedauert und war die meiste Zeit des Tages fast jeden Tag präsent <u>und</u> erforderte keinen Krankenhausaufenthalt?	Aktuelle Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 8 und „Nein“ ankreuzen
	Frühere Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 8 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Haben Sie oder andere während dieser Episode(n) eine der folgenden Veränderungen an Ihnen festgestellt?**

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Verhaltensbeobachtungen oder Begleitberichte.)

- Haben Sie sich wirklich gut gefühlt, als ob Sie besondere Fähigkeiten oder Kräfte hätten oder besonders wichtig wären? [Grandioses Selbstwertgefühl]
- Brauchten Sie viel weniger Schlaf als sonst – fühlten Sie sich auch mit sehr wenig Schlaf gut? [Verringertes Schlafbedürfnis]
- Waren Sie gesprächiger als sonst oder hatten Sie das Gefühl, dass Sie nicht aufhören konnten zu reden? [Redseliger oder Rededrang]
- Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken rasen, sodass Sie nicht mit ihnen Schritt halten konnten? [Ideenflucht oder Gedankenrasen]
- Waren Sie leicht ablenkbar? [Ablenkbarkeit]
- Haben Sie mehr soziale Aktivitäten, schulische oder berufliche Aktivitäten oder sexuelle Aktivitäten unternommen? Waren Sie aufgeregt, als ob Sie nicht still sein könnten? [Zunahme der zielgerichteten Aktivität oder psychomotorischen Unruhe]
- Haben Sie sich übermäßig auf Aktivitäten eingelassen, die schlecht für Sie ausgehen könnten, z. B. Kaufrausch, riskantes Sexualverhalten oder unkluge Investitionen? [Übermäßige Beteiligung an risikoreichen Aktivitäten]

(Hinweis: Wenn die unter Item 1 beschriebene Stimmung nur reizbar ist, fahren Sie fort, wenn mindestens 4 der oben genannten Punkte angekreuzt sind. Wenn die unter Item 1 beschriebene Stimmung eine gehobene oder expansive Stimmung beinhaltet, fahren Sie fort, wenn mindestens 3 der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

♥ **Unterschied sich das sehr stark von dem, wie Sie normalerweise sind?** _____

♦ **Hat jemand anderes jemals die Veränderungen an Ihnen kommentiert? Würde jemand anderes bemerken, dass etwas an Ihnen anders war?** _____

- Die oben genannten Symptome stellen eine spürbare und eindeutige Abweichung vom üblichen Verhalten dar
- Die oben genannten Symptome wurden von anderen beobachtet oder konnten von anderen beobachtet werden

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

5. <i>Berichtet die Person über mindestens 3 der oben beschriebenen Symptome (4, wenn die Stimmung nur reizbar ist), die eine spürbare Veränderung gegenüber dem Gewohnten darstellen? Ist die Veränderung der Stimmung oder des Verhaltens von anderen beobachtbar?</i>	Aktuelle Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 8 und „Nein“ ankreuzen
	Frühere Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 8 und „Nein“ ankreuzen

♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

6. <i>Ist die affektive Störung auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	Aktuelle Episode	Nein Fortfahren	Ja Fortfahren
	Frühere Episode	Nein Fortfahren	Ja Fortfahren

7. MANISCHE EPISODE	Aktuelle Episode	Ja	Nein
	Frühere Episode	Ja	Nein

(Hinweis: Eine hypomanische Episode wird nur dann in Betracht gezogen, wenn die Kriterien für eine manische Episode nicht erfüllt sind.)

8. HYPOMANISCHE EPISODE	Aktuelle Episode	Ja	Nein
	Frühere Episode	Ja	Nein

PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)

(Hinweis: Sollte jemals eine nicht substanz-/medikamenten-induzierte manische oder hypomanische Episode aufgetreten sein, darf dieses Modul nicht verwendet werden. Das Vorhandensein von schweren depressiven Episoden schließt die Verwendung dieses Moduls nicht aus.)

(Hinweis: Fragen Sie eine frühere Episode einer anhaltenden depressiven Störung nur ab, wenn die Kriterien für eine aktuelle Episode nicht erfüllt sind.)

- ♥ **Gab es jemals einen Zeitraum von 2 Jahren oder länger, in dem Sie sich wirklich traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt haben?**

⇒ Können Sie diese Depression beschreiben? _____

- ♥ **Haben Sie sich mindestens 2 Jahre lang die meiste Zeit des Tages, an fast allen Tagen so gefühlt? _____**

⇒ Wann haben diese Gefühle begonnen? _____

⇒ Fühlen Sie sich derzeit so? Wenn nicht, wann haben diese Gefühle aufgehört? _____

1. <i>Berichtet die Person über eine depressive Stimmung für die meiste Zeit des Tages, an fast allen Tagen und seit mindestens 2 Jahren?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>

- ♥ **(Falls Sie eine aktuelle Episode abfragen:) In Bezug auf die letzten 2 Jahre: ...**

- ♥ **(Falls Sie eine frühere Episode abfragen:) Während der schlimmsten 2 Jahre Ihrer depressiven Stimmung: ...**

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Verhaltensbeobachtungen oder Begleitberichte.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie sehr wenig Appetit? Haben Sie zu viel gegessen? [Mangelnder Appetit oder Überessen] | <input type="checkbox"/> Haben Sie sich sehr schlecht gefühlt? [Geringes Selbstwertgefühl] |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? Haben Sie tagsüber viel geschlafen? [Einschlafstörung, Durchschlafstörung, vermehrter Schlaf] | <input type="checkbox"/> Fiel es Ihnen schwer, zu denken, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen? [Geringe Konzentration oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen] |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie sich sehr müde oder erschöpft gefühlt? [Erschöpfung oder Energielosigkeit] | <input type="checkbox"/> Haben Sie sich hoffnungslos gefühlt, als ob die Dinge nie besser werden würden? [Gefühl der Hoffnungslosigkeit] |

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 2 der oben genannten Symptome angekreuzt sind.)

2. <i>Werden mindestens 2 der oben genannten Symptome während der Depressionsphase bestätigt?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind oder ist das aktuell so? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden/vermieden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigt(en) diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

3. <i>Verursacht die Depression einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>

♦ **(Falls Sie eine aktuelle Episode abfragen:) Gab es in den letzten 2 Jahren jemals einen längeren Zeitraum, in dem Sie sich nicht depressiv fühlten und keine (Symptome aus Punkt 2) erlebten? _____**

- ⇒ Was war in den letzten zwei Jahren die längste Zeit, in der Sie sich nicht depressiv fühlten und keine (Symptome aus Punkt 2) verspürten? _____
- ⇒ Hat dieser Zeitraum, in dem es Ihnen gut ging, mindestens 2 Monate angedauert?

♦ **(Falls Sie eine frühere Episode abfragen:) Gab es während der schlimmsten 2 Jahre Ihrer depressiven Stimmung jemals einen längeren Zeitraum, in dem Sie sich nicht depressiv fühlten und keine (Symptome aus Punkt 2) erlebten?**

- ⇒ Was war die längste Zeit während der schlimmsten 2 Jahre Ihrer depressiven Stimmung, in der Sie sich nicht depressiv fühlten und keine (Symptome aus Punkt 2) verspürten? _____
- ⇒ Hat dieser Zeitraum, in dem es Ihnen gut ging, mindestens 2 Monate angedauert? _____

4. <i>Gab es während des 2-Jahres-Zeitraums einen Zeitraum von 2 Monaten oder länger, in dem die Person an fast allen Tagen und die meiste Zeit des Tages nicht in depressiver Stimmung war und die Symptome aus Punkt 2 nicht auftraten?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-------------------------	-------------	--

	<i>Frühere Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	------------------------	-------------	--

5. <i>Ist die Depression besser durch eine psychotische Störung zu erklären (vollständige Bewertung auf S. 108)?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-------------------------	-------------	--

	<i>Frühere Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	------------------------	-------------	--

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/ einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

6. <i>Ist die Depression auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-------------------------	-------------	--

	<i>Frühere Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	------------------------	-------------	--

7. PERSISTIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG (DYSTHYMIE)⁵	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>

Aktueller Schweregrad der persistierenden depressiven Störung (Dysthymie) (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

⁵ Wenn die Kriterien für die Vergangenheit, aber nicht für die Gegenwart erfüllt sind, sollte die Diagnose einer „Persistierenden Depressiven Störung“ dennoch mit dem Zusatz „Remission“ gestellt werden. Die Einstufung des Schweregrads sollte immer auf den aktuellen Symptomen basieren.

Optionale Informationen: Persistierende depressive Störung (Dysthymie)

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Major Depression: Wenn die Symptomkriterien für eine Major Depression zu irgendeinem Zeitpunkt während des Verlaufs einer Persistierenden Depressiven Störung erfüllt wurden, sollte diese diagnostiziert und die entsprechende Störungsspezifikation (siehe unten) angegeben werden.
- Psychotische Störungen: Eine persistierende depressive Störung sollte nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome nur während des Verlaufs oder in Restphasen einer psychotischen Störung auftreten.
- Substanz-/medikamenten-induzierte affektive Störung oder affektive Störung aufgrund einer anderen medizinischen Erkrankung: Eine Dysthymie sollte nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome als pathophysiologische Folge einer Substanz, eines Medikaments oder einer medizinischen Erkrankung angesehen werden.
- Persönlichkeitsstörungen: Wenn die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung und eine Dysthymie erfüllt sind, sollten beide Diagnosen gestellt werden.

Weitere Spezifikationen:

- Leicht (wenige Symptome, die über die zur Erfüllung der Diagnosekriterien erforderlichen hinausgehen, Intensität ist zwar belastend, aber kontrollierbar, nur geringe Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit)
- Mäßig (zwischen leicht und schwer)
- Frühes Auftreten (Auftreten vor dem 21. Lebensjahr)
- Teilremission (einige Symptome sind vorhanden, aber die Kriterien werden derzeit nicht vollständig erfüllt, oder ein Zeitraum von weniger als 2 Monaten nach einer Episode ohne signifikante Symptome)
- Mit Angst
- Mit gemischten Merkmalen
- Mit melancholischen Merkmalen
- Mit atypischen Merkmalen
- Mit rein dysthymem Syndrom (keine schwere depressive Episode in den letzten 2 Jahren)
- Mit intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode (erfüllt derzeit alle Kriterien für eine depressive Episode, aber es gab in den letzten 2 Jahren Zeiträume von mindestens 2 Monaten, in denen die Kriterien für eine depressive Episode nicht erfüllt waren)
- Schwer (die Anzahl der Symptome übersteigt bei Weitem die zur Erfüllung der diagnostischen Kriterien erforderlichen, die Intensität ist ernsthaft belastend und nicht zu bewältigen, die Funktionsfähigkeit ist stark beeinträchtigt)
- Spätes Auftreten (Auftreten im Alter von 21 Jahren oder älter)
- Vollständige Remission (keine signifikanten Symptome seit mindestens 2 Monaten)
- Mit stimmungskongruenten psychotischen Merkmalen
- Mit stimmungsinkongruenten psychotischen Merkmalen
- Mit peripartalem Beginn
- Mit persistierender Episode einer Major Depression (alle Kriterien für eine schwere depressive Episode wurden während der letzten 2 Jahre erfüllt)
- Mit intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne aktuelle Episode (erfüllt derzeit nicht alle Kriterien für eine schwere depressive Episode, hatte aber mindestens 1 schwere depressive Episode innerhalb der letzten 2 Jahre)

SCHWERE DEPRESSIVE EPISODE

◆ **Haben Sie sich schon einmal mindestens 2 Wochen lang sehr traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt – viel schlimmer als Sie sich normalerweise fühlen?** _____

- ⇒ Haben Sie sich im letzten Monat (aktuelle Episode) so gefühlt? _____
- ⇒ (Falls eine anhaltende depressive Störung diagnostiziert wurde) War das viel schlimmer als Ihre normale Depression? _____

◆ **Gab es eine Zeit, in der Sie das Interesse an allen oder fast allen Ihren üblichen Aktivitäten verloren haben oder in der Sie bei allen oder fast allen Ihren üblichen Aktivitäten kein Gefühl von Freude oder Spaß mehr verspürten?**

- ⇒ Haben Sie sich im letzten Monat (aktuelle Episode) so gefühlt? _____
- ⇒ Können Sie diesen Zeitraum oder diese Zeiträume beschreiben? _____
- ⇒ Wann hat/haben diese begonnen und wann hat/haben diese geendet? _____
- ⇒ War das sehr anders als sonst bei Ihnen? _____
- ⇒ Fühlten Sie sich vom Beginn der Episode(n) an bis zu deren Ende durchgehend so? _____
- ⇒ Haben Sie sich mindestens 2 Wochen lang fast jeden Tag so gefühlt? _____

- 2-wöchiger Zeitraum mit abnormaler und anhaltend gedrückter Stimmung
- 2-wöchiger Zeitraum mit ungewöhnlich und anhaltend vermindertem Interesse an Aktivitäten oder anhaltend verminderter Freude an Aktivitäten

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 oder beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. Berichtet die Person über eine 2-wöchige oder längere Episode anhaltend depressiver Stimmung <u>und/oder</u> dem Verlust des Interesses oder der Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, die eine Abweichung von der üblichen Funktionsfähigkeit darstellt?	Aktuelle Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
	Frühere Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen

⇒ Wie viele dieser Phasen mit anhaltend gedrückter Stimmung oder Interessenverlust hatten Sie schon?

(Hinweis: Erfragen Sie die aktuellen depressiven Episoden, falls vorhanden, sowie die schlimmsten Episoden im Leben.)

♥ **Hatten Sie während des schlimmsten 2-wöchigen Zeitraums mit gedrückter Stimmung oder Verlust von Interesse oder Freude auch eines der folgenden Probleme?**

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Verhaltensbeobachtungen oder Begleitberichte.)

- Hatten Sie eine signifikante Veränderung Ihres Gewichts oder Appetits? Trat die Veränderung des Appetits fast jeden Tag auf? [Signifikanter Gewichtsverlust (z. B. 5 % des Körpergewichts in 1 Monat), ohne eine Diät durchzuführen, signifikante Gewichtszunahme (z. B. 5 % des Körpergewichts in 1 Monat) oder Appetitabnahme oder -steigerung fast jeden Tag]
- Hatten Sie Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen? Haben Sie zu viel tagsüber geschlafen? War das fast jeden Tag der Fall? [Einschlafstörung, Durchschlafstörung, vermehrter Schlaf]
- Waren Sie unruhig oder aufgeregt, so als könnten Sie nicht stillhalten? Waren Ihre Bewegungen verlangsamt? War dies etwas, was anderen auffallen würde? War das fast jeden Tag der Fall? [Unruhiges oder aufgeregtes oder verlangsamtes Verhalten, das auch anderen auffallen könnte, an fast jedem Tag]
- Haben Sie sich müde gefühlt? Hatten Sie wenig Energie? War das fast jeden Tag der Fall? [Erschöpfung oder Energielosigkeit an fast jedem Tag]
- Hatten Sie das Gefühl, wertlos zu sein? Haben Sie sich sehr schuldig gefühlt? Weshalb haben Sie sich schuldig gefühlt? War das fast jeden Tag der Fall? [An fast jedem Tag das Gefühl, wertlos oder schuldig zu sein, nicht nur ein schlechtes Gefühl darüber, deprimiert zu sein]
- Hatten Sie Schwierigkeiten, zu denken oder sich zu konzentrieren? Fiel es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen? War das fast jeden Tag der Fall? [Verminderte Fähigkeit, zu denken, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen, an fast jedem Tag]
- Haben Sie oft an den Tod gedacht? Haben Sie an Suizid gedacht? Haben Sie jemals geplant, sich selbst umzubringen, oder versucht, sich umzubringen?⁶ [Viele Gedanken an den Tod (nicht nur aus Angst vor dem Sterben), an einen Suizid oder Planung oder Suizidversuch]

⇒ Haben Sie sich im letzten Monat (aktuelle Episode) so gefühlt? _____

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 5 der Symptome aus den Items 1 und 2 zusammen angekreuzt sind.)

2. Berichtet die Person über mindestens 5 depressive Symptome, einschließlich der unter Item 1 angekreuzten, innerhalb desselben 2-wöchigen Zeitraums?	Aktuelle Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
	Frühere Episode	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Wie sehr stört(e) oder belastet(e) Sie dieses Problem?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

⁶ Füllen Sie das Suizid-Screening auf S. 125 aus.

♥ **Hat dieses Problem Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt (aktuell/in der Vergangenheit), z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden/vermieden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen? _____
- ⇒ Beeinträchtigt(en) diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren? _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

3. <i>Verursach(t)en die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird?⁷ _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

4. <i>Ist die affektive Störung auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</i>

5. SCHWERE DEPRESSIVE EPISODE	<i>Aktuelle Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
	<i>Frühere Episode</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>

⁷ Eine depressive Episode, die während oder kurz nach der Schwangerschaft beginnt, schließt die Diagnose nicht aus, rechtfertigt aber eine Spezifizierung des peripartalen Beginns.

BIPOLAR-I-STÖRUNG

1. Wird mindestens eine aktuelle oder frühere manische Episode (siehe S. 39) bestätigt?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

2. Ist das Auftreten der manischen Episode (und der schweren depressiven Episode, falls vorhanden) besser durch eine psychotische Störung zu erklären (vollständige Erhebung auf S. 136)?	Nein	Ja Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

3. BIPOLAR-I-STÖRUNG	Ja	Nein
----------------------	----	------

(Hinweis: Sollte es eine frühere, aber keine aktuelle Episode geben, fragen Sie den aktuellen Schweregrad wie folgt ab:)

♦ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Bipolar-I-Störung (Nummer einkreisen):⁸

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

⁸ Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden.

Optionale Informationen: Bipolar-I-Störung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Major Depression: Diagnose einer Bipolar-I-Störung, wenn alle Kriterien und die Dauer einer manischen Episode erfüllt sind.
- Angststörungen: Angststörungen sind nicht durch Episoden erhöhter oder expansiver Stimmung gekennzeichnet. Die bipolare Störung tritt episodisch auf, und die Symptome beschränken sich nicht auf ängstliches Grübeln.
- Bipolar-II-Störung: Die Diagnose einer Bipolar-I-Störung sollte gestellt werden, wenn alle Kriterien für eine manische Episode erfüllt sind.
- Persönlichkeitsstörungen: Affektive Anfälligkeit und Impulsivität sind bei Persönlichkeitsstörungen meist chronisch, bei bipolaren Störungen jedoch episodisch.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Schnelles Sprechen und Ablenkbarkeit sind bei ADHS in der Regel chronisch, bei bipolarer Störung jedoch episodisch.
- Substanz-/medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störungen: Eine vollständige manische Episode, die während einer Antidepressivabehandlung oder während einer Substanzintoxikation oder eines Substanzentzugs auftritt, aber etwa 1 Monat oder länger nach Absetzen der Behandlung, der Intoxikation oder des Entzugs auf vollem syndromalem Niveau fortbesteht, sollte als bipolare Störung und nicht als substanz-/medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störung diagnostiziert werden.

Zugehörige Merkmale:

- Leugnen der Krankheit oder der Notwendigkeit einer Behandlung während der Manie
- Veränderung des Aussehens in Richtung aufreizend oder extravagant
- Feindseligkeit, Drohungen oder Aggression während der Manie
- Schärfere Sinneswahrnehmung während der Manie
- Glücksspiel oder asoziales Verhalten während der Manie
- Schnelle Stimmungsschwankungen (z. B. Manie, Wut, Depression)

Kodierungs-Indikatoren:

- Einmalige Episode Wiederkehrende Episode
- Letzte Episode manisch Letzte Episode gemischt Letzte Episode depressiv
- Leicht (wenige Symptome, die über das für die Diagnose erforderliche Maß hinausgehen, Intensität ist kontrollierbar, nur geringfügige Beeinträchtigung)
- Moderat (zwischen leicht und schwer)
- Schwer (Anzahl der Symptome, die weit über das für die Diagnose erforderliche Maß hinausgehen, Intensität ist nicht kontrollierbar, deutliche Beeinträchtigung)
- Teilremission (vollständige Kriterien derzeit nicht erfüllt oder weniger als 2 Monate nach einer Episode ohne signifikante Symptome)
- Vollständige Remission (keine signifikanten Symptome seit mindestens 2 Monaten)

Weitere Spezifikationen:

- Mit Angst (mindestens 2 der folgenden Symptome: Erregtheit, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten aufgrund von Sorgen, Befürchtung, dass etwas Schreckliches passieren könnte, Angst, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren)
- Mit melancholischen Merkmalen (Anhedonie oder fehlende Reaktivität auf angenehme Reize mit mindestens 3 der folgenden Merkmale: niedergeschlagene oder verzagte Stimmung, Morgentief, frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Unruhe oder Retardierung, Anorexie/Gewichtsverlust, Schuldgefühle)
- Mit atypischen Merkmalen (Stimmungsreaktivität mit mindestens 2 der folgenden Symptome: erhöhter Appetit/Gewichtszunahme, Hypersomnie, Schweregefühl, lang anhaltende Zurückweisungsempfindlichkeit)
- Mit peripartalem Beginn (Beginn während der Schwangerschaft oder in den 4 Wochen nach der Entbindung)
- Mit gemischten Merkmalen (während der Manie: mindestens 3 der folgenden Merkmale: gedrückte Stimmung oder Affekt, Anhedonie, psychomotorische Retardierung, Müdigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod)
- Mit saisonalem Muster (regelmäßiges zeitliches Muster zu bestimmten Jahreszeiten, keine nicht-saisonalen Episoden innerhalb der letzten 2 Jahre, lebenslange saisonale Episoden überwiegen deutlich gegenüber nicht-saisonalen Episoden)
- Mit Katatonie (mindestens 3 der folgenden Symptome: Stupor, Katalepsie, wächserne Flexibilität, Mutismus, Negativismus, bizarre Haltungstereotypien, seltsame Manierismen, Stereotypie, Agitation, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie)
- Mit psychotischen Merkmalen (stimmungskongruent oder -inkongruent)
- Mit Rapid Cycling (mindestens 4 Stimmungsepisoden in den letzten 12 Monaten)

BIPOLAR-II-STÖRUNG

(Hinweis: Wenn die Kriterien für eine Bipolar-I-Störung erfüllt sind, darf dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

1. Wird mindestens eine aktuelle oder frühere hypomanische Episode (siehe S. 39) bestätigt?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

2. Liegt mindestens eine aktuelle oder frühere schwere depressive Episode (siehe S. 47) vor?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

3. BIPOLAR-II-STÖRUNG	Ja	Nein
------------------------------	----	------

(Hinweis: Sollte es eine frühere, aber keine aktuelle Episode geben, fragen Sie den aktuellen Schweregrad wie folgt ab.)

♦ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Bipolar-II-Störung (Nummer einkreisen):⁹

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

⁹ Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden.

Optionale Informationen: Bipolar-II-Störung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich)

- Major Depression: Diagnose einer Bipolar-II-Störung, wenn alle Kriterien und die Dauer einer hypomanischen Episode erfüllt sind.
- Angststörungen: Angststörungen sind nicht durch Episoden erhöhter oder expansiver Stimmung gekennzeichnet. Die bipolare Störung tritt episodisch auf, und die Symptome beschränken sich nicht auf ängstliches Grübeln.
- Bipolar-I-Störung: Die Diagnose einer Bipolar-I-Störung sollte gestellt werden, wenn alle Kriterien für eine manische Episode erfüllt sind.
- Persönlichkeitsstörungen: Affektive Anfälligkeit und Impulsivität sind bei Persönlichkeitsstörungen meist chronisch, bei bipolaren Störungen jedoch episodisch.
- Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-störung (ADHS): Schnelles Sprechen und Ablenkbarkeit sind bei ADHS in der Regel chronisch, bei bipolarer Störung jedoch episodisch.
- Substanz-/medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störungen: Eine vollständige manische Episode, die während einer Antidepressivabehandlung oder während einer Substanzintoxikation oder eines Substanzentzugs auftritt, aber etwa 1 Monat oder länger nach Absetzen der Behandlung, der Intoxikation oder des Entzugs auf vollem syndromalem Niveau fortbesteht, sollte als bipolare Störung und nicht als substanz-/ medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störung diagnostiziert werden.

Zugehörige Merkmale:

- Impulsivität, die während der Hypomanie zu Suizidversuchen oder Drogenkonsum führen kann
- Erhöhte Kreativität während der Hypomanie

Kodierungsindikatoren:

- Einmalige Episode
- Letzte Episode hypomanisch
- Letzte Episode depressiv
- Wiederkehrende Episode
- Letzte Episode gemischt
- Leicht (wenige Symptome, die über das für die Diagnose erforderliche Maß hinausgehen, Intensität ist kontrollierbar, nur geringfügige Beeinträchtigung)
- Moderat (zwischen leicht und schwer)
- Schwer (Anzahl der Symptome, die weit über das für die Diagnose erforderliche Maß hinausgehen, Intensität ist nicht kontrollierbar, deutliche Beeinträchtigung)
- Teilremission (Kriterien derzeit nicht vollständig erfüllt oder weniger als 2 Monate nach einer Episode ohne signifikante Symptome)
- Vollständige Remission (keine signifikanten Symptome seit mindestens 2 Monaten)

Weitere Spezifikationen:

- Mit Angst (mindestens 2 der folgenden Symptome: Erregtheit, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten aufgrund von Sorgen, Befürchtung, dass etwas Schreckliches passieren könnte, Angst, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren)
- Mit saisonalem Muster (regelmäßiges zeitliches Muster zu bestimmten Jahreszeiten, keine nicht-saisonalen Episoden innerhalb der letzten 2 Jahre, lebenslange saisonale Episoden überwiegen deutlich gegenüber nicht-saisonalen Episoden)
- Mit peripartalem Beginn (Beginn während der Schwangerschaft oder in den 4 Wochen nach der Entbindung)
- Mit melancholischen Merkmalen (Anhedonie oder fehlende Reaktivität auf angenehme Reize mit mindestens 3 der folgenden Symptome: niedergeschlagene oder verzagte Stimmung, Morgentief, frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Unruhe oder Retardierung, Anorexie/Gewichtsverlust, Schuldgefühle)
- Mit gemischten Merkmalen (während der Manie: mindestens 3 der folgenden Merkmale: gedrückte Stimmung oder Affekt, Anhedonie, psychomotorische Retardierung, Müdigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod)
- Mit Katatonie (mindestens 3 der folgenden Symptome: Stupor, Katalepsie, wächserne Flexibilität, Mutismus, Negativismus, bizarre Haltungsstereotypien seltsame Manierismen, Stereotypie, Agitation, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie)
- Mit psychotischen Merkmalen (stimmungskongruent oder -inkongruent)
- Mit Rapid Cycling (mindestens 4 Stimmungsepisoden in den letzten 12 Monaten)
- Mit atypischen Merkmalen (Stimmungsreaktivität mit mindestens 2 der folgenden Symptome: erhöhter Appetit/Gewichtszunahme, Hypersomnie, Schweregefühl, lang anhaltende Zurückweisungsempfindlichkeit)

MAJOR DEPRESSION

(Hinweis: Wenn die Kriterien für eine Bipolar-I-Störung oder eine Bipolar-II-Störung erfüllt sind, darf dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

1. Liegt mindestens eine aktuelle oder frühere schwere depressive Episode (siehe S. 47) vor?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

2. Ist die schwere depressive Episode besser durch eine psychotische Störung zu erklären (vollständige Erhebung auf S. 136)?	Nein	Ja Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	------	---

3. Hat es jemals eine manische oder hypomanische Episode gegeben (siehe S. 39)? ¹⁰	Nein	Ja Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
---	------	---

4. MAJOR DEPRESSION	Ja	Nein
---------------------	----	------

(Hinweis: Sollte es eine frühere, aber keine aktuelle Episode geben, fragen Sie den aktuellen Schweregrad wie folgt ab.)

♦ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

¹⁰ Das Vorliegen einer eindeutig substanz-/medikamenten-induzierten manischen Episode schließt die Diagnose einer schweren depressiven Störung nicht aus.

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Major Depression (Nummer einkreisen):¹¹

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

¹¹ Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden.

Optionale Informationen: Major Depression

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Manische Episoden mit reizbarer Stimmung: Wenn die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode erfüllt sind, sollte eine bipolare Störung und keine Major Depression diagnostiziert werden.
- Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung: Eine Major Depression kann als Reaktion auf einen psychosozialen Stressor auftreten, aber bei einer Anpassungsstörung sind die Kriterien für eine schwere depressive Episode nicht vollständig erfüllt.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): ADHS und Major Depression können beide mit Ablenkbarkeit und geringer Frustrationstoleranz einhergehen und können gemeinsam auftreten, wenn die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind.
- Normative Trauer: Phasen trauriger Stimmung sollten nicht als schwere depressive Episoden diagnostiziert werden, es sei denn, sie erfüllen die Kriterien für Schweregrad, Dauer und Leidensdruck oder Beeinträchtigung.
- Persistierende Depressive Störung (PDD): Wenn die Symptomkriterien für eine Schwerwiegende Depressive Störung zu irgendeinem Zeitpunkt während des Verlaufs der PDD erfüllt wurden, sollte die Diagnose PDD gestellt und der entsprechende weitere Spezifikationen angegeben werden.

Zugehörige Merkmale:

- Weinerlicher oder reizbarer Zustand
- Ängste, Phobien oder Gesundheits Sorgen
- Grübeln oder zwanghaftes Grübeln
- Klagen über Schmerzen

Kodierungsindikatoren:

- Einmalige Episode
- Wiederkehrende Episoden
- Leicht (wenige Symptome, die über die für die Diagnose erforderlichen hinausgehen, Intensität ist kontrollierbar, nur geringe Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit)
- Moderat (zwischen leicht und schwer)
- Schwer (die Anzahl der Symptome übersteigt bei Weitem die für die Diagnose erforderlichen, die Intensität ist nicht kontrollierbar, die Funktionsfähigkeit ist stark beeinträchtigt)
- In partieller Remission (einige Symptome sind vorhanden, aber die Kriterien werden derzeit nicht vollständig erfüllt) oder in einem Zeitraum von weniger als 2 Monaten nach einer Episode ohne wesentliche Symptome)
- Vollständige Remission (keine nennenswerten Symptome seit mindestens 2 Monaten)

Weitere Spezifikationen

- Mit Angst (mindestens 2 der folgenden Symptome: Erregtheit, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten aufgrund von Sorgen, Befürchtung, dass etwas Schreckliches passieren könnte, Angst, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren)
- Mit melancholischen Merkmalen (Anhedonie oder fehlende Reaktivität auf angenehme Reize mit mindestens 3 der folgenden Symptome: niedergeschlagene oder verzagte Stimmung, Morgentief, frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Unruhe oder Retardierung, Anorexie/Gewichtsverlust, Schuldgefühle)
- Mit atypischen Merkmalen (Stimmungsreaktivität mit mindestens 2 der folgenden Symptome: erhöhter Appetit/Gewichtszunahme, Hypersomnie, Schweregefühl, lang anhaltende Zurückweisungsempfindlichkeit)
- Mit peripartalem Beginn (Beginn während der Schwangerschaft oder in den 4 Wochen nach der Entbindung)
- Mit gemischten Merkmalen (mindestens 3 der folgenden Merkmale: erhöhte Stimmung, übersteigertes Selbstwertgefühl oder Grandiosität, gepresstes Stimme, erhöhte Energie oder zielgerichtete Aktivität, impulsives Verhalten, vermindertes Schlafbedürfnis)
- Mit Katatonie (mindestens 3 der folgenden Symptome: Stupor, Katalepsie, wächserne Flexibilität, Mutismus, Negativismus, bizarre Haltungsstereotypien, seltsame Manierismen, Stereotypie, Agitation, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie)
- Mit saisonalem Muster (regelmäßiges zeitliches Muster zu bestimmten Jahreszeiten, keine nicht-saisonalen Episoden innerhalb der letzten 2 Jahre, lebenslange saisonale Episoden überwiegen deutlich gegenüber nicht-saisonalen Episoden)
- Mit psychotischen Merkmalen (stimmungskongruent oder -inkongruent)

ZYKLOTHYME STÖRUNG

(Hinweis: Führen Sie dieses Modul nur durch, wenn signifikante depressive und manische/hypomanische Symptome berichtet werden. Wenn die Lebenszeitkriterien für eine schwere depressive, manische oder hypomanische Episode erfüllt sind, muss dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

♥ **Wie viele Episoden hatten Sie in den letzten 2 Jahren, in denen Sie (manische/hypomanische Symptome) erlebt haben?** _____

♥ **Wie viele Episoden hatten Sie, in denen Sie (depressive Symptome) erlebt haben?** _____

1. <i>Berichtet die Person über zahlreiche Perioden mit hypomanischen Symptomen und zahlreiche Perioden mit depressiven Symptomen, die in den letzten 2 Jahren oder länger nie die Kriterien für eine hypomanische oder schwere depressive Episode erfüllt haben?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ **Haben Sie in den letzten 2 Jahren mindestens die Hälfte der Zeit (manische/hypomanische Symptome) erlebt?**

♥ **Hatten Sie in den letzten 2 Jahren mindestens die Hälfte der Zeit (depressive Symptome)?**

Die Symptome der Stimmungslage sind mindestens die Hälfte der Zeit vorhanden

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn die obige Frage angekreuzt ist.)

♥ **Gab es in den letzten 2 Jahren Zeiträume, in denen Sie 2 Monate oder länger keine der (manischen/hypomanischen und depressiven) Symptome hatten?**

In den letzten 2 Jahren sind die Symptome der Stimmungslage seit mehr als 2 Monaten nicht mehr aufgetreten

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die obige Frage angekreuzt ist.)

2. <i>Hat die Person über Stimmungsprobleme in den letzten 2 Jahren berichtet, die mindestens die Hälfte der Zeit vorhanden waren und nicht nach mehr als 2 Monaten am Stück zurückgegangen sind?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

3. <i>Sind die Symptome besser durch eine psychotische Störung zu erklären (vollständige Erhebung auf S. 108)?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____

⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

4. Sind die Symptome auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
--	------	---

5. ZYKLOTHYME STÖRUNG	Ja	Nein
------------------------------	----	------

(Hinweis: Sollte es eine frühere, aber keine aktuelle Episode geben, fragen Sie den aktuellen Schweregrad wie folgt ab.)

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

Aktueller Schweregrad der schwerwiegenden zyklischen Störung (Nummer einkreisen):¹²

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

¹² Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden.

Optionale Informationen: Zykllothyme Störung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Substanz-/medikamenten-induzierte Stimmungsstörung oder affektive Störung aufgrund einer anderen medizinischen Erkrankung: Eine zykllothyme Störung sollte nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome als pathophysiologische Folge einer Substanz, eines Medikaments oder einer medizinischen Erkrankung angesehen werden.
- Bipolar-I-Störung oder Bipolar-II-Störung mit Rapid Cycling: Bei einer zykllothymen Störung wurden die Kriterien für eine schwere depressive, manische oder hypomanische Episode noch nie erfüllt.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung: Wenn die Kriterien sowohl für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch für eine zykllothyme Störung erfüllt sind, sollten beide Diagnosen gestellt werden.

Kodierungsindikatoren:

- Einmalige Episode
- Wiederkehrende Episoden
- Letzte Episode hypomanisch
- Letzte Episode gemischt
- Letzte Episode depressiv
- Leicht (wenige Symptome, die über die für die Diagnose erforderlichen hinausgehen, Intensität ist kontrollierbar, nur geringe Beeinträchtigung)
- Moderat (zwischen leicht und schwer)
- Schwer (Anzahl der Symptome weitaus größer als für die Diagnose erforderlich, Intensität ist nicht kontrollierbar, deutliche Beeinträchtigung)
- Teilremission (vollständige Kriterien derzeit nicht erfüllt oder weniger als 2 Monate nach einer Episode ohne signifikante Symptome)
- Vollständige Remission (keine signifikanten Symptome seit mindestens 2 Monaten)

Weitere Spezifikationen:

- Mit Angst (mindestens 2 der folgenden Symptome: Erregtheit, Unruhe, Konzentrationschwierigkeiten aufgrund von Sorgen, Befürchtung, dass etwas Schreckliches passieren könnte, Sorge, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren)

PRÄMENSTRUELLE DYSPHORISCHE STÖRUNG

(Hinweis: Eventuell durchzuführen. Die Diagnose einer prämenstruellen dysphorischen Störung kann auf der Grundlage eines einzigen Interviews nur vorläufig gestellt werden. Für eine endgültige Diagnose schreibt das DSM-5 vor, dass die unter dieses Kriterium fallenden Symptome durch tägliche prospektive Bewertungen der Stimmung während mindestens 2 Menstruationszyklen bestätigt werden müssen..)

♦ **Sind Sie in der Woche vor der Menstruation (Ihrer Periode) sehr depressiv, reizbar, ängstlich oder haben Sie Stimmungsschwankungen?** _____

⇒ Was für Dinge erleben Sie? _____

- Haben Sie Stimmungsschwankungen, sind Sie plötzlich traurig oder weinerlich oder reagieren Sie besonders empfindlich auf Ablehnung? [Ausgeprägte affektive Labilität]
- Sind Sie sehr reizbar oder wütend oder geraten Sie in Streit? [Ausgeprägte Reizbarkeit, Wut oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte]
- Fühlen Sie sich sehr deprimiert, hoffnungslos oder schlecht über sich selbst? [Ausgeprägte depressive Stimmung, hoffnungslose Gefühle oder selbstabwertende Gedanken]
- Fühlen Sie sich sehr ängstlich, angespannt, aufgedreht oder gereizt? [Ausgeprägte Ängstlichkeit oder Anspannung]

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn mindestens 1 der oben genannten Symptome angekreuzt ist.)

1. Berichtet die Person über ausgeprägte Depressionen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen oder Angstzustände, die in der Woche vor der Menstruation beginnen?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♦ **Haben Sie sich im vergangenen Jahr während der meisten Ihrer Menstruationszyklen so gefühlt?** _____

♦ **Wann, in Bezug auf Ihren Menstruationszyklus, beginnen und enden die Stimmungsprobleme?** _____

- ⇒ Beginnen diese Symptome in der Woche vor Beginn Ihrer Periode? _____
- ⇒ Bessern sich diese Symptome innerhalb weniger Tage nach Beginn der Periode? _____
- ⇒ Verschwinden diese Symptome in der Woche nach dem Ende der Periode oder werden sie minimal? _____

- Die Symptome treten bei den meisten Menstruationszyklen auf
- Die Symptome treten in der letzten Woche vor Beginn der Menstruation auf
- Die Symptome bessern sich innerhalb weniger Tage nach Beginn der Menstruation
- In der Woche nach der Menstruation sind die Symptome nicht mehr oder nur noch minimal vorhanden

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn alle 4 der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

2. Tritt die Stimmungstörung in den meisten Menstruationszyklen auf, beginnt sie in der Woche vor der Menstruation, bessert sie sich innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Menstruation und ist sie in der Woche nach der Menstruation nur noch minimal oder gar nicht mehr vorhanden?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♦ **Haben Sie um die Zeit der Menstruation (Ihrer Periode) auch häufig eines der folgenden Probleme?**

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Verhaltensbeobachtungen oder Begleitberichte.)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verlieren Sie das Interesse an den meisten Ihrer üblichen Aktivitäten, wie Arbeit, Schule, Freunde oder Hobbys? [Verlust des Interesses an allen oder fast allen üblichen Aktivitäten] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren? [Nachlassende Konzentrationsfähigkeit] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich müde oder haben Sie wenig Energie? [Müdigkeit oder Energielosigkeit] <input type="checkbox"/> Bemerkten Sie eine Veränderung Ihres Appetits oder Ihrer Essgewohnheiten? [Ausgeprägte Veränderung des Appetits, Überessen oder Verlangen nach Essen] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Haben Sie Schlafprobleme? Schlafen Sie tagsüber zu viel? [Einschlafstörung, Durchschlafstörung, vermehrter Schlaf] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich überwältigt? Haben Sie das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren? [Gefühl der Überforderung oder des Kontrollverlusts] <input type="checkbox"/> Haben Sie körperliche Symptome, wie Empfindlichkeit oder Blähungen? Haben Sie Gelenk- oder Muskelschmerzen? Nimmt Ihr Gewicht zu? [Körperliche Symptome (z. B. Brustspannen oder -schwellungen, Gelenk- oder Muskelschmerzen, Völlegefühl oder Gewichtszunahme)] |
|---|--|

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 5 der Symptome aus den Items 1 und 3 zusammen angekreuzt sind.)

3. Berichtet die Person über mindestens 5 depressive Symptome, einschließlich der in Item 1 angekreuzten, innerhalb desselben 2-wöchigen Zeitraums?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

(Hinweis: Berücksichtigen Sie alle diagnostischen Informationen und den Verlauf, um festzustellen, ob die Störung eine Verschlimmerung einer anderen psychiatrischen Störung darstellt.)

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

<i>4. Verursachen die Stimmung und die damit verbundenen Symptome erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

<i>5. Handelt es sich bei der Störung lediglich um eine Verschlimmerung der Symptome einer anderen Störung?</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-------------	--

♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/ einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

<i>4. Sind die Symptome auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-------------	--

7. PRÄMENSTRUELLE DYSPHORISCHE STÖRUNG	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Vorläufig</i>
---	-----------	-------------	------------------

Aktueller Schweregrad der prämenstruellen dysphorischen Störung (Nummer einkreisen):¹³

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

¹³ Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden

Optionale Informationen: Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDD)

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Prämenstruelles Syndrom:** Das prämenstruelle Syndrom erfordert nicht das Vorhandensein von Stimmungsstörungen oder von mindestens 5 PMDD-Symptomen.
- Dysmenorrhoe:** Dysmenorrhoe umfasst schmerzhafte Menstruationsbeschwerden ohne signifikante Stimmungsstörungen. Die Symptome der Dysmenorrhoe beginnen mit dem Einsetzen der Menstruation, während die PMDD-Symptome bereits vor dem Einsetzen der Menstruation auftreten.
- Verwendung von Hormonpräparaten:** Depressive Symptome, die durch die Einnahme von Hormonpräparaten verursacht werden, beginnen nach Beginn der Hormoneinnahme und verschwinden nach deren Absetzen. In solchen Fällen sollte eine substanz-/medikamenten-induzierte depressive Störung diagnostiziert werden.
- Andere Stimmungsstörungen:** Bei anderen Stimmungsstörungen (z. B. bipolare Störung, schwere depressive Störung, persistierende depressive Störung) folgen die Symptome keinem prämenstruellen Muster. Dies sollte durch tägliche prospektive Bewertungen und nicht durch retrospektive Selbsteinschätzungen bestätigt werden. PMDD kann gleichzeitig mit anderen depressiven Störungen (z. B. schwere depressive Störung oder persistierende depressive Störung) diagnostiziert werden, wenn die prämenstruelle Stimmungsstörung nicht ausschließlich während des Verlaufs der anderen depressiven Störung auftritt und nicht einfach eine Verschlimmerung der anderen depressiven Störung ist.

Zugehörige Merkmale:

- Wahn oder Halluzinationen

Kodierungsindikatoren:

- Vorläufig (Die Stimmungsstörung wurde nicht durch tägliche prospektive Bewertungen der Stimmung während mindestens 2 Menstruationszyklen bestätigt.)

ZWANGSSTÖRUNGEN UND VERWANDTE STÖRUNGEN

ZWANGSSTÖRUNGEN

♥ **Hatten Sie im letzten Monat oft Gedanken, Impulse, Zweifel oder Bilder, die Sie nicht haben wollen? Einige Beispiele sind Gedanken, dass Sie verschmutzt sein könnten, Gedanken, dass Sie jemanden verletzen oder einen schrecklichen Fehler machen könnten oder dass Sie sich sehr unwohl fühlen, wenn Dinge nicht auf eine bestimmte Weise angeordnet sind.**

- ⇒ Können Sie diese Gedanken beschreiben? _____
- ⇒ Kommen Ihnen diese Gedanken auch dann in den Sinn, wenn Sie es nicht wollen? _____
- ⇒ Kommen sie Ihnen immer wieder in den Sinn und stören Sie eine Zeit lang? _____

♥ **Haben Sie ...**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gedanken über Verschmutzung oder Sauberkeit? | <input type="checkbox"/> Verbotene oder tabuisierte Gedanken, z. B. über Sex oder Sexualität, Religion oder Gewalt? |
| <input type="checkbox"/> Gedanken daran, sich selbst oder anderen versehentlich Schaden zuzufügen? | <input type="checkbox"/> Gute oder böse Zahlen, Wörter, Farben usw.? |
| <input type="checkbox"/> Gedanken darüber, dass Menschen oder Tieren, die Ihnen etwas bedeuten, Schaden zugefügt wird? | <input type="checkbox"/> Unangenehme, beängstigende oder abstoßende mentale Bilder? |
| <input type="checkbox"/> Das Bedürfnis, die Dinge in einer bestimmten Weise zu ordnen, oder ein Bedürfnis nach Symmetrie? | <input type="checkbox"/> Einen Drang, etwas Unkontrolliertes, Schockierendes, Peinliches oder Schädliches zu tun? |
| <input type="checkbox"/> Befürchtungen oder Zweifel, Fehler oder Irrtümer zu begehen? | <input type="checkbox"/> Das Gefühl, dass etwas Schlimmes in der Zukunft passieren wird, wenn Sie ein Ritual nicht durchführen? |
| <input type="checkbox"/> Bedenken, religiöse oder moralische Verfehlungen zu begehen? | <input type="checkbox"/> Andere sich aufdrängende Gedanken? |

1. Hat die Person wiederkehrende, anhaltende Gedanken, Impulse oder Bilder, die als aufdringlich empfunden werden?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Wie gehen Sie mit diesen Gedanken um, wenn sie Ihnen in den Sinn kommen?**

- ⇒ Versuchen Sie, sie zu ignorieren, sie zu verdrängen oder sie durch eine Handlung oder einen Gedanken „in Ordnung zu bringen“ oder zu neutralisieren? _____

2. Versucht die Person, die Gedanken zu ignorieren, zu unterdrücken oder zu neutralisieren?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

3. Bestehen Zwangsgedanken („Ja“ zu den Items 1 und 2)?	Ja	Nein
---	----	------

◆ **Haben Sie im letzten Monat als Reaktion auf Zwangsgedanken oder nach ganz bestimmten Regeln immer wiederkehrende Verhaltensweisen ausgeführt? Einige Beispiele sind Händewaschen oder Putzen, Ordnen oder Arrangieren, Überprüfen von Dingen oder ein ständiges Wiederholen von Verhaltensweisen.**

⇒ Können Sie diese Verhaltensweisen beschreiben? _____

◆ **Gab es im vergangenen Monat mentale Handlungen, die Sie als Reaktion auf zwanghafte Gedanken oder nach ganz bestimmten Regeln immer wieder ausgeführt haben? Beispiele sind Wörter oder Bilder, die Sie sich immer wieder ins Gedächtnis rufen müssen, Zählen oder das Ersetzen eines schlechten Gedankens durch ein positives Bild.**

⇒ Können Sie diese mentalen Handlungen beschreiben? _____

◆ **Umfassen diese Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen Folgendes:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sich selbst oder Dinge waschen oder reinigen? | <input type="checkbox"/> Den Versuch, „gute“ Gedanken oder Bilder zu haben? |
| <input type="checkbox"/> Prüfen und wiederholtes Überprüfen von Dingen? | <input type="checkbox"/> Sich bei anderen rückversichern oder sich selbst immer wieder vergewissern? |
| <input type="checkbox"/> Dinge anordnen oder aufreihen? | <input type="checkbox"/> Darauf zu bestehen, dass andere ein ritualisiertes Verhalten an den Tag legen? |
| <input type="checkbox"/> Bestimmte Wörter, Sätze, Gebete oder Zahlen sagen oder denken? | <input type="checkbox"/> Den Versuch, Dinge auf die „richtige“ Weise zu tun oder zu denken? |
| <input type="checkbox"/> Zählen? | <input type="checkbox"/> Dinge auf eine bestimmte Art und Weise berühren oder anfassen? |
| <input type="checkbox"/> Eine Handlung immer und immer wieder wiederholen? | <input type="checkbox"/> Andere Verhaltensweisen oder mentale Handlungen? _____ |

◆ **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen ausführen müssen und es Ihnen sehr schwerfällt, damit aufzuhören oder ihnen zu widerstehen?**

4. <i>Hat die Person wiederkehrende Verhaltensweisen oder mentale Handlungen, die sie als Reaktion auf zwanghafte Gedanken oder nach starren Regeln ausführen muss?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

◆ **Fühlen Sie sich durch diese Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen weniger unwohl? Haben Sie Angst, dass etwas passiert, wenn Sie diese Verhaltensweisen nicht ausführen? _____**

5. <i>Dient das Verhalten der Prävention oder dem Abbau von Angst oder der Prävention eines angstbesetzten Ereignisses, das aber in Wirklichkeit nicht präventiv oder eindeutig übertrieben ist?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

6. <i>Sind Zwangshandlungen vorhanden („Ja“ zu den Items 4 und 5)?</i>	Ja	Nein
--	----	------

7. Bestehen Zwangsgedanken (Item 3) und/oder Zwangshandlungen (Item 6)?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ Wenn Sie die Zeit zusammenzählen, die Sie im vergangenen Monat täglich mit diesen Gedanken und Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen verbracht haben, kommen Sie auf mindestens 1 Stunde pro Tag? _____

♥ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

8. Nehmen die Symptome viel Zeit in Anspruch (z. B. mehr als eine Stunde pro Tag), sind sie belastend oder verursachen sie Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Wie alt waren Sie ungefähr, als das Problem bei Ihnen auftrat? _____

♥ Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt? _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

9. Sind die Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen auf die Wirkung von Drogen, eine medizinische Erkrankung oder eine andere psychische Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Informationen; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine medizinische Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 10 und „Nein“ ankreuzen
---	------	---

10. ZWANGSSTÖRUNG	Ja	Nein
--------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der Zwangsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> Ziemlich seltene Beschwerden ODER Kurze Dauer der Beschwerden ODER Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> Sehr häufige Beschwerden ODER Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER Akut psychotisch ODER Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Zwangsstörung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Angststörungen: Bei Zwangsstörungen sind die Zwangsvorstellungen in der Regel nicht auf reale Probleme beschränkt und können bizarr sein. Wenn Rituale bei anderen Angststörungen vorhanden sind, beschränken sie sich in der Regel auf die Kontrolle und die Suche nach Rückversicherung.
- Depressionen: Zwangsgedanken bei Zwangsstörungen sind nicht stimmungskongruent, werden als aufdringlich empfunden und sind mit Zwangshandlungen verbunden.
- Körperdysmorphie Störung: Bei der körperdysmorphen Störung beschränken sich die Zwangsgedanken und -handlungen auf die Sorge um das Aussehen.
- Trichotillomanie (TTM) oder Skin Picking Disorder (SPD): Bei TTM und SPD beschränken sich die Zwangshandlungen auf das Ziehen an den Haaren oder das Zupfen an der Haut.
- Pathologisches Horten: Beim pathologischen Horten beziehen sich die Zwangsgedanken ausschließlich auf Schwierigkeiten beim Wegwerfen oder das Bedürfnis, Objekte zu erwerben, während sich die Zwangshandlungen auf das Wegwerfen und den Erwerb beziehen.
- Essstörungen: Bei der Zwangsstörung geht es bei den Zwangsgedanken und -handlungen nicht in erster Linie um die Sorge um Körperform, -größe oder -gewicht.
- Tics und stereotype Bewegungen: Tics und stereotype Bewegungen sind in der Regel nicht komplex und zielen nicht darauf ab, Zwangsgedanken zu neutralisieren oder etwas Schlimmes zu verhindern.
- Psychotische Störungen: Die Zwangsstörung ist nicht durch Halluzinationen oder formale Denkstörungen gekennzeichnet.
- Störungen der Impulskontrolle oder des Substanzkonsums: Die Zwänge führen nicht zu Vergnügen oder Befriedigung.
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Die zwanghafter Persönlichkeitsstörung ist nicht durch Zwangsgedanken oder -handlungen gekennzeichnet.
- Autismus-Spektrum-Störung: Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung können feste Interessen haben, die jedoch in der Regel nicht mit Angst oder Unbehagen verbunden sind und nicht als aufdringlich empfunden werden. Sie können starre oder stereotype Verhaltensweisen an den Tag legen, fühlen sich aber in der Regel nicht gezwungen, diese Verhaltensweisen als Reaktion auf Zwangsgedanken auszuführen.

Zugehörige Merkmale:

- Typische Dimensionen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (viele Patient:innen haben mehr als eine)
 - Kontaminationsbezogene Zwangsgedanken und Wasch- oder Reinigungszwangshandlungen
 - Symmetriebezogene Zwangsgedanken und Wiederholungs-, Ordnungs- oder Zählzwangshandlungen
 - „Verbotene“ Gedanken und damit verbundene Zwangshandlungen
 - Ängste, sich selbst oder anderen zu schaden, und Kontrollzwangshandlungen
- Starke affektive Reaktion bei der Konfrontation mit Situationen, die Zwangsgedanken und -handlungen auslösen
 - Angst oder Panik
 - Gefühl, unvollständig oder „nicht richtig“ zu sein
 - Ekel
- Vermeidung von Menschen, Orten, Dingen oder Aktivitäten, die Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen auslösen

Weitere Spezifikationen:

- Gute oder angemessene Einsicht: Die Person denkt, dass die zwanghaften Überzeugungen wahrscheinlich nicht wahr sind oder dass sie wahr sein können oder auch nicht, und hält ihr Verhalten für unvernünftig.
- Wenig Einsicht: Die Person denkt, dass die zwanghaften Überzeugungen wahrscheinlich wahr sind, und hält ihr Verhalten wahrscheinlich für angemessen.
- Fehlende Einsicht/wahnhafte Überzeugungen: Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die zwanghaften Überzeugungen wahr sind, und hält ihr Verhalten nicht für übertrieben oder unvernünftig.
- Tic-bezogen: Die Person hat eine aktuelle oder frühere Tic-Störung (siehe S. 134).

KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG

♥ Haben Sie im letzten Monat viel Zeit damit verbracht, sich über Ihr Aussehen Gedanken zu machen oder sich Sorgen um Ihr Aussehen zu machen?

- ⇒ Können Sie Ihre Sorgen oder Ängste um Ihr Aussehen beschreiben? _____
- ⇒ Was denken Sie, was mit Ihrem Aussehen nicht in Ordnung ist? Um welche Körperteile machen Sie sich am meisten Sorgen?

- | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Brüste |
| <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Körperfett ¹⁴ | <input type="checkbox"/> Genitalien |
| <input type="checkbox"/> Haare | <input type="checkbox"/> Muskelmasse oder -tonus | <input type="checkbox"/> Anderes |

(Hinweis: Vergleichen Sie, wenn möglich, den selbst angegebene Mangel mit dem beobachteten Erscheinungsbild.)

- ⇒ Wenn Sie die Zeit zusammenzählen würden, die Sie pro Tag damit verbringen, sich über Ihr Aussehen Gedanken zu machen, kämen Sie dann auf mindestens 1 Stunde pro Tag? _____
- ⇒ Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich nicht auf andere Dinge konzentrieren können, weil Sie über Ihr Aussehen nachdenken oder sich darüber Sorgen machen? _____

1. Beschäftigt sich die Person mit von ihr wahrgenommenen Mängeln oder Fehlern der körperlichen Erscheinung, die entweder nicht beobachtbar sind oder geringfügig erscheinen?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ Haben diese Sorgen um Ihr Aussehen Sie jemals zu sich wiederholenden Verhaltensweisen veranlasst, z. B. in den Spiegel zu schauen, sich bei anderen Menschen zu vergewissern, an Ihrer Haut zu zupfen oder Ähnliches?

- ⇒ Welche Arten von sich wiederholenden Verhaltensweisen führ(t)en Sie durch? _____

♥ Waren diese Sorgen um Ihr körperliches Aussehen jemals Anlass dazu, Denkprozesse auszulösen, z. B. Ihr Aussehen immer wieder mit dem anderer Menschen zu vergleichen?

- ⇒ Welche Arten von wiederkehrenden Denkprozessen haben/hatten Sie? _____

♥ Gehören zu diesen Verhaltensweisen oder Denkprozessen Folgende:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prüfen Sie Ihr Aussehen wiederholt im Spiegel oder in anderen reflektierenden Oberflächen? | <input type="checkbox"/> Zupfen Sie an Ihrer Haut, um einen Makel zu korrigieren? |
| <input type="checkbox"/> Untersuchen, messen oder inspizieren Sie Ihr körperliches Aussehen? | <input type="checkbox"/> Streben Sie eine Schönheitsoperation oder eine andere Veränderung Ihres Aussehens an oder wollen Sie diese vornehmen lassen? |
| <input type="checkbox"/> Suchen Sie nach Bestätigung durch andere? | <input type="checkbox"/> Vergleichen Sie Ihr Aussehen gedanklich mit dem von anderen? |
| <input type="checkbox"/> Tragen Sie übermäßig viel Make-up oder spezielle Kleidung, um Ihr Aussehen zu verbergen oder zu überdecken? | <input type="checkbox"/> Versuchen Sie sich mental rückzuversichern? |
| <input type="checkbox"/> Verbringen Sie übermäßig viel Zeit mit Körperpflege, Anziehen oder Umziehen oder dem Auftragen von Make-up? | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

¹⁴ Hinweis: Wenn sich die Besorgnis auf das Körperfett oder -gewicht beschränkt und die Person die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung erfüllt (siehe S. 110), kann keine körperdysmorphe Störung diagnostiziert werden

2. Hat die Person jemals mit sich wiederholenden Verhaltensweisen oder Denkprozessen auf die Besorgnis über ihr Aussehen reagiert?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

3. Verursacht die Besorgnis erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

4. Wenn die Person an einer Essstörung leidet (siehe S. 110), ist die Sorge um das Gewicht oder das Körperfett die Ursache?	Nein	Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

5. KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNG	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der körperdysmorphen Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Körperdysmorphie Störung

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Essstörungen: Die Beschäftigung mit einer Essstörung beschränkt sich auf Gedanken über Fett, Gewichtszunahme und Körperform.
- Normale Sorgen um das Aussehen oder deutlich wahrnehmbare körperliche Defekte: Die Körperdysmorphie Störung ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Sorge um einen wahrgenommenen körperlichen Defekt und ein daraus resultierendes Verhalten, das zeitaufwendig und schwer zu kontrollieren ist und erheblichen Leidensdruck oder Beeinträchtigungen verursacht.
- Zwangsstörungen: Bei Körperdysmorpher Störung beschränken sich die Beschäftigung und Verhaltensweisen auf Fragen des Aussehens.
- Trichotillomanie (TTM) oder Skin-Picking-Störung (SPD): Bei TTM und SPD dient das Ziehen an den Haaren oder das Zupfen an der Haut nicht allein dem Zweck, das Aussehen zu verbessern.
- Depression: Die Körperdysmorphie Störung ist durch eine vorherrschende Beschäftigung mit dem Aussehen und damit verbundenen repetitiven Verhaltensweisen gekennzeichnet.
- Angststörungen: Angststörungen sind nicht durch die Beschäftigung mit dem Aussehen und den damit verbundenen wiederkehrenden Verhaltensweisen gekennzeichnet. Bei Körperdysmorpher Störung sind soziale Ängste und Vermeidungsverhalten auf die Befürchtung zurückzuführen, dass andere die körperlichen Mängel sehen könnten.
- Psychotische Störungen: Die Körperdysmorphie Störung ist nicht durch Halluzinationen oder formale Denkstörungen gekennzeichnet, auch wenn die mit dem Aussehen zusammenhängenden Überzeugungen von wahnhafter Intensität sein können.
- Geschlechtsdysphorie: Die Besorgnis bei der Körperdysmorphen Störung beschränkt sich nicht auf das Unbehagen und den Wunsch, die primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden.
- Krankheitsangststörung: Die Körperdysmorphie Störung beinhaltet weder die Sorge, eine schwere medizinische Krankheit zu haben, noch ein hohes Maß an Somatisierung.

Zugehörige Merkmale:

- Bezugsideen oder -wahn (z. B. dass andere aufgrund ihres Aussehens besondere Aufmerksamkeit auf sie richten)
- Starke Ängste, soziale Ängste, soziales Vermeidungsverhalten oder Perfektionismus
- Depressive Stimmung oder geringes Selbstwertgefühl
- Scham oder Widerwillen, das Problem vor anderen zu offenbaren
- Kosmetische Operationen in der Vergangenheit, ohne dass das Problem behoben wurde
- Tendenz, sich auf Details von visuellen Reizen zu konzentrieren und sich an diese zu erinnern, anstatt das Ganze im Blick zu haben
- Neigung zu negativen und bedrohlichen Interpretationen von mehrdeutigen Szenarien (z. B. Gesichtsausdrücken)

Weitere Spezifikationen:

- Gute oder angemessene Einsicht: Die Person denkt, dass ihre auf das Aussehen bezogenen Überzeugungen wahrscheinlich nicht wahr sind, oder dass sie wahr sein können oder auch nicht, und hält ihr Verhalten für unvernünftig oder übertrieben.
- Wenig Einsicht: Die Person glaubt, dass ihre auf das Aussehen bezogenen Überzeugungen wahrscheinlich wahr sind, und hält ihr Verhalten wahrscheinlich für angemessen.
- Fehlende Einsicht/Wahn: Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass ihre auf das Aussehen bezogenen Überzeugungen wahr sind, und hält ihr Verhalten nicht für übertrieben oder unvernünftig.
- Muskeldysmorphie: Ein Teil der Besorgnis besteht darin, dass die Person glaubt, dass ihr Körperbau zu klein oder nicht muskulös genug ist.

PATHOLOGISCHES HORTEN

◆ Gab es im letzten Monat viel Unordnung in Ihrer Wohnung, sodass es schwierig ist, bestimmte Bereiche der Wohnung zu nutzen?

- ⇒ Können Sie den Zustand Ihrer Wohnung beschreiben? _____
- ⇒ Wie beeinträchtigt die Unordnung Ihre Fähigkeit, sich in den Wohnräumen zu bewegen? Inwiefern beeinträchtigt die Unordnung Ihre Fähigkeit, die Möbel und Geräte zu benutzen? _____
- ⇒ Können Sie beschreiben, wie Ihr (Wohnbereich: Küche, Schlafzimmer usw.) aussieht? _____
- ⇒ (Wenn keine Unordnung angegeben, aber Horten vermutet wird:) Sind die Wohnräume nur deshalb aufgeräumt, weil jemand anderes sie sauber macht? _____

Unordnung in bewohnten Bereichen

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Küche | <input type="checkbox"/> Treppen oder Flure | <input type="checkbox"/> Badezimmer |
| <input type="checkbox"/> Schlafzimmer | <input type="checkbox"/> Wohnzimmer | <input type="checkbox"/> Sonstiger genutzter Wohnbereich
_____ |

Unordnung in nicht wohnlich genutzten Bereichen¹⁵

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Garage | <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Außenbereich des Hauses |
| <input type="checkbox"/> Keller | <input type="checkbox"/> Dachboden | <input type="checkbox"/> Sonstiger nicht wohnlich genutzter Bereich
_____ |

(Hinweis: Vergleichen Sie, wenn möglich, die selbst angegebene Unordnung mit Beobachtungen oder Fotos der Wohnung.)

1. Hat die Person Unordnung in bewohnten Bereichen der Wohnung, die ihre bestimmungsgemäße Nutzung beeinträchtigt (oder wenn die Wohnbereiche nicht unordentlich sind, ist dies nur auf das Eingreifen anderer zurückzuführen)?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

◆ Fiel es Ihnen im letzten Monat oft sehr schwer, Dinge wegzuerwerfen oder sich von ihnen zu trennen, auch von Dingen, die andere Menschen leichter wegwerfen würden? _____

- ⇒ Fällt es Ihnen schwer, sich von Dingen zu trennen, die andere Menschen vielleicht nicht als wertvoll ansehen? _____

2. Hat die Person anhaltende Schwierigkeiten, sich von Besitztümern zu trennen, unabhängig von ihrem tatsächlichen Wert?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

◆ Fiel es Ihnen im letzten Monat sehr schwer, sich von Besitztümern zu trennen, weil Sie das Gefühl hatten, dass es wichtig ist, sie aufzubewahren? _____

- ⇒ Warum ist das so? _____

¹⁵ Damit pathologisches Horten diagnostiziert werden kann, muss ein erhebliches Maß an Unordnung in den bewohnten Bereichen der Wohnung vorhanden sein, nicht nur in den Nichtwohnbereichen.

- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie für die Zukunft aufheben müssen?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie für jemand anderen aufheben müssen?
- Fühlen Sie sich dafür verantwortlich, dass es richtig verwendet oder entsorgt wird?
- Fühlen Sie sich emotional an Besitztümer gebunden?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie aufbewahren müssen, damit Sie etwas oder jemanden nicht vergessen?
- Haben Sie das Gefühl, dass es wichtig ist, dafür zu sorgen, nichts zu verschwenden?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie als Teil Ihrer Identität aufbewahren müssen?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie aufbewahren müssen, um die Kontrolle über Ihr Leben zu behalten?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sie aufbewahren müssen, um Fehler zu vermeiden?
- Anderer Grund

♥ **Ist es Ihnen im letzten Monat sehr schwergefallen, sich von Besitztümern zu trennen, weil es Sie emotional belasten würde, sie loszulassen?** _____

3. <i>Ist die Schwierigkeit der Person, sich von ihren Besitztümern zu trennen, darauf zurückzuführen, dass sie den Eindruck hat, sie aufbewahren zu müssen, oder auf die mit dem Wegwerfen verbundenen Ängste?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Gibt es aufgrund des Zustands Ihrer Wohnung oder Ihres Hortens Dinge, die Sie vermeiden, oder Menschen, die Sie nicht sehen wollen? _____
- ⇒ Hat Ihnen jemand anderes gesagt, dass das Sammeln und die Unordnung ein Problem darstellen? _____
- ⇒ Verursacht der Zustand Ihrer Wohnung Gesundheits- oder Sicherheitsprobleme für Sie oder andere? _____

- Probleme in der Schule
- Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion
- Probleme im sozialen Leben
- Probleme mit der Familie
- Probleme mit häuslichen Pflichten
- Probleme bei der Freizeitgestaltung
- Rechtliche Probleme
- Finanzielle Probleme
- Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit
- Andere funktionelle Beeinträchtigungen