

3 AUSWERTUNG NACH ICD-10 DISSOZIATIVE ERKRANKUNGEN

F44.0	Dissoziative Amnesie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.1	Dissoziative Fugue	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.2	Dissoziativer Stupor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.3	Trance und Besessenheitsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.5	Dissoziative Anfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.6	Dissoziative Anästhesie und Verlust der sensorischen Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.7	Gemischte dissoziative Störung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.8	Anderweitig spezifizierte dissoziative Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.80	Gansersyndrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.88	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
F48.1	Depersonalisations-/Derealisationsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

2 DSM-IV DISSOZIATIVE STÖRUNGEN

DISSOZIATIVE AMNESIE (300.12)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
DISSOZIATIVE FUGUE (300.13)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
DEPERSONALISATIONSSTÖRUNG (300.6)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG (300.14)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
DISSOZIATIVE STÖRUNG (NOS) NICHT ANDERS UMSCHRIEBEN (300.15)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Wenn der Patient den Kriterien für DDNOS (Subtyp 1) entspricht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
1. Gibt es Hinweise auf die Existenz von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
2. Haben diese Anteile ein klares Gefühl von Getrenntheit, d.h. glauben sie, dass sie unabhängig vom Patienten / von der Patientin sind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
3. Nimmt der Patient / die Patientin diese Anteile als vollständig selbständig wahr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
4. Nimmt der Patient / die Patientin diese als Selbstaspekte ihrer Persönlichkeit, sagt aber: „sie fühlen sich nicht so an“, dass sie ein Teil des Selbstes sind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
5. Scheinen einige Anteile ausgeprägt, z.B. mit Namen, Alter, spezifischen Vorlieben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 17. Hinweise auf die Existenz von (dissoziierten) Persönlichkeitsanteilen | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 18. Pseudohalluzinationen, auditiv. Stimmen hören | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 19. Andere "Symptome nach Schneider" | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 20. Persönlichkeitsanteil vom Therapeuten / von der Therapeutin beobachtet / Konsistenz festgestellt | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 21. Hinweise auf das Imitieren von DIS | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 22. Beobachtung von Dissoziation während des Interviews | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 23. Hinweise auf PTBS-Erkrankung | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

9. Angst-/Panikbeschwerden

Ja Nein Unklar

- Licht
- Matig
- Ernstig

10. Zwangsbeschwerden

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

11. Selbstschädigendes Verhalten

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

12. Somatoforme dissoziative Symptome

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

13. Dissoziative Amnesie

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

14. Depersonalisationssymptome

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

15. Derealisationssymptome

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

16. Identitätsprobleme

Ja Nein Unklar

- Leicht
- Mäßig
- Schwer

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Körperliche Beschwerden (allgemein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 2. Neurologische Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 3. Gynäkologische Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 4. Urologische Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 4. Körperliche Beschwerden (neurologische, gynäkologische oder urologische Beschwerden) ohne eindeutige somatische Ursache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 5. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenprobleme oder - missbrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 6. Essstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 7. Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> Leicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Mäßig | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwer | | | |
| 8. Stimmungsprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein | Unklar |

TEIL 5 - EVALUATION UND BEWERTUNG

1 ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE

Hinweise an den/die Untersucher/-in:

Bei der ersten Einteilung wurden die Kriterien benutzt, wie sie in der DSM-IV GAF Skala festgelegt sind.

Leicht: einige leichte Symptome

(die im geringen Ausmaß das soziale oder berufliche Funktionieren beeinträchtigen)

Mäßig: mäßige Symptome

(die in mäßigem Ausmaß das soziale oder berufliche Funktionieren beeinträchtigen)

Schwer: schwerwiegende Symptome

(die in starkem Maße das soziale und berufliche Funktionieren einschränken)

Ergänzung: Die folgenden Symptome werden aus der aktuellen Situation heraus beurteilt

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Patienten / Patientinnen mit DIS oder DDNOS (Subtyp 1 DSM-IV) die Neigung haben, den Ernst der Beschwerden zu bagatellisieren oder zu minimalisieren

Beispiel für die Beurteilung einer Amnesie:

Die Amnesie bei einem Patienten / einer Patientin, der / die auf der Arbeit (gut) funktioniert, aber dafür selbst zum größten Teil eine Amnesie hat oder tägliche/wöchentliche Episoden von Amnesie hat, wird als ernst eingestuft (auch wenn es anscheinend keine ernste Behinderung im beruflichen Funktionieren gibt).

Übertriebene oder theatrale Darstellung sollte nach Ihrem (des Interviewers / der Interviewerin) eigenem Eindruck beurteilt werden (oder kann als undeutlich eingestuft werden, wenn der Interviewer / die Interviewerin unsicher bei der Diagnose ist)

8 NONVERBALES VERHALTEN; WELCHES AUF EINE DISSOZIATION WÄHREND DES INTERVIEWS HINWEIST

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Für die abschließende Auswertung der dissoziativen Symptome ist es wichtig, auf das nonverbale Verhalten während des Interviews sowie auf die Qualität der Antworten auf die Fragen zu achten.

- Während des Interviews war Spannung / übermäßiger Stress sichtbar
- Es trat ein eindeutig tranceartiger Zustand während dem Interview auf
- Es kamen Amnesie oder kurze Black-outs während dem Interview vor
- Der Patient / die Patientin war in sich selbst gekehrt, hörte Fragen nicht, hatte Schwierigkeiten dem Gespräch zu folgen, vergaß schnell die letzte Frage
- Der Patient / die Patientin schien auf innere Reize wie Stimmen zu hören und / oder zu reagieren
- Die Körperbewegungen des Patienten / der Patientin waren merkwürdig, ungewöhnlich oder inkongruent mit der Sprache oder dem Inhalt, der Patient / die Patientin war sich dessen nicht bewusst (z.B. die Hand auf den Hals wie beim Würgen und sich der Hand nicht bewusst sein; die Hand auf den Mund legen, um aufzuhören zu reden; die Fäuste ballen und gleichzeitig lachen ohne die Fäuste wirklich wahrzunehmen; heftig die Augen nach rechts und links bewegen wie nach einem Weg der Gefahr zu entkommen zu suchen und dabei normal zu reden)
- Es gab Lücken im Gespräch, merkwürdige Formulierungen (z.B. „die verstorbene Mutter war eine großartige Köchin, wie Kartoffeln und anderes“). Gebrauch der dritten Person Singular, wenn man sich selbst meint, extreme verwickelte oder verwirrende Geschichten, der Patient / die Patientin konnte zeitweise keine zusammenhängende Geschichte erzählen, starke Unklarheit
- Veränderungen in der Stimme oder des Antwortenstils (bedenken Sie, dass die meisten Patienten / Patientinnen alles probieren um die Kontrolle zu bewahren und sich so wenig wie möglich Unterschiede anmerken lassen wollen)
- Deutliche emotionelle Reaktionen auf das Interview (außer Wut/Ärger, weil der Patient den Eindruck hat, das ihm nicht geglaubt wird)

Auswertung der dissoziativen Teile der Persönlichkeit

Es gibt Hinweise auf das Bestehen von dissoziativen
Teilen der Persönlichkeit.

Ja Nein Unklar

Es gibt Hinweise auf das Imitieren von dissoziativen
Teilen der Persönlichkeit

Ja Nein Unklar

Diagnose getroffen?

Falls ja: Wie haben Sie diese Menschen getroffen?

7. Benutzen Sie manchmal das Internet, um etwas über DIS zu erfahren? Ja Nein Unklar
Falls ja: haben Sie schon einmal bei einem Chatprogramm von DIS-Patienten / Patientinnen mitgemacht?
8. Waren Sie jemals Teil einer Selbsthilfegruppe von DIS-Patienten / Patientinnen? Ja Nein Unklar
9. Haben Sie Freunde oder Familienmitglieder, die denken, dass Sie DIS haben? Ja Nein Unklar
Falls ja: Sprechen Ihre Freunde oder Familienmitglieder auch mit anderen Persönlichkeitsanteilen von Ihnen?
10. Was würde es für Sie bedeuten, wenn ich Ihnen sagen würde, dass Ich denke, dass Sie kein DIS haben (oder dass ich große Zweifel habe, ob Sie wirklich DIS haben?) Was würde es für die Menschen in Ihrer Umgebung bedeuten?

7 FRAGEN FÜR DIE SITUATION, DASS EINE DIS EVTL. IMITIERT WIRD (ODER FALSCH POSITIVE DIAGNOSE VON DRITTEN GESTELLT WURDE)

1. Wurde die Diagnose DIS schon früher bei Ihnen durch einen Therapeuten festgestellt? Ja Nein Unklar
Falls ja: Auf welche Weise wurde die Diagnose festgestellt?
2. War dies ein festes Interview oder eine Art Test? Ja Nein Unklar
3. Kamen bei einem Therapeuten auch Zweifel über die Diagnose hoch? Ja Nein Unklar
Falls ja: können Sie beschreiben, was gesagt wurde?
4. Denken Sie selbst, dass Sie DIS haben? Ja Nein Unklar
Falls ja: Wie sind Sie auf diesen Gedanken gekommen?
5. Haben Sie schon mal etwas über die Diagnose von DIS gelesen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Was haben Sie gelesen?
6. Haben Sie manchmal andere Menschen mit dieser Ja Nein Unklar

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Formal kann erst von verschiedenen Persönlichkeitsanteilen gesprochen werden, wenn diese mehrfach während des Interviews beobachtet werden und eine entsprechende Konstistenz ihrer (unterschiedlichen) Verhaltensweisen zeigen. Das passiert selten im ersten diagnostischen Interview und schon gar nicht, wenn der Patient / die Patientin noch nie über diese Beschwerden gesprochen hat. Es ist aber dennoch wichtig, einen Eindruck von der Konstistenz der Verhaltensweisen der (möglichen) unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile zu bekommen. Z. B. berichtet der Patient / die Patientin von einer häufigen (Teil)Amnesie während der Arbeit. Dennoch scheinen dadurch aber keine Probleme zu entstehen und die Arbeit wird scheinbar gut erledigt. Es lässt sich dann annehmen, dass manchmal ein anderer Persönlichkeitsanteil an der Arbeitsstelle anwesend ist. Wenn die starke Vermutung besteht (auf Grund der Antworten und der Präsentation der Beschwerden während des Interviews), dass der Patient / die Patientin denkt, die Diagnose DIS zu haben (oder „haben will“) und die Symptome imitiert, können noch eine Anzahl an Fragen gestellt werden. Oft wird mit einiger Entrüstung auf diese Fragen reagiert, vor allem wenn die Diagnose DIS sehr wichtig für die Identität des Patienten / der Patientin ist. Manchmal ist sogar ein ganzes soziales Netzwerk rundum diese Diagnose organisiert worden.

3. In welcher Hinsicht unterscheiden sich diese Anteile (Aspekte / Seiten) von Ihnen?

Können Sie das beschreiben?

4. Wissen Sie ob jemals ein oder mehrere Anteile (Aspekte / Seiten) Ihrer Persönlichkeit Ihr Handeln beeinflussen, ohne das Sie es kontrollieren können?
Falls ja: Können Sie das beschreiben? Wie haben Sie das gemerkt?

Ja

Nein

Unklar

5. Betrachten Sie die Teile als zu Ihnen gehörend oder ganz getrennt von Ihnen selbst?

Falls ja: Können Sie das beschreiben? Wie haben Sie das gemerkt?

Zugehörig

getrennt

Unklar

6 FRAGEN ÜBER (DISSOZIIERTE) PERSÖNLICHKEITSANTEILE

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Nur wenn die Rede von einem Cluster von dissoziativen Symptomen ist, einschließlich Amnesie zum gegenwärtigen Zeitpunkt und es zusätzlich Hinweise auf die Existenz von Persönlichkeitsanteilen gibt (siehe hierzu die Zusammenfassung), macht es Sinn, vertieft nach verschiedenen „Teilen“ oder „Seiten“ der Person fragen. Wenn der Patient / die Patientin vorher hierüber noch nie gesprochen hat oder sich selbst darüber noch wenig bewusst ist, kann er/sie diese Fragen oft nicht oder schwer beantworten. Diese Fragen können dann auch genauso wie vorher die Fragen über Amnesie oder Identitätsprobleme viel innere Spannung hervorrufen und müssen folglich mit viel Vorsicht und Aufmerksamkeit hinsichtlich der Belastbarkeit des Patienten / der Patientin gestellt werden.

Bei Patienten / Patientinnen, die die DIS Diagnose imitieren oder denken, dass sie diese Diagnose haben, ist in der Regel keine Spannung spürbar, viel mehr sind sie gierig (manchmal sogar stolz) darauf über Persönlichkeitsanteile zu erzählen. Sobald dann wieder mehr gefragt wird oder bemerkt wird, dass der Untersucher / die Untersucherin einige Zweifel an die Authentizität des Erzählten hat, können böse, irritierte oder verletzte Reaktionen auftreten.

Als Einleitung können Sie an den Beispielen anknüpfen, die der Patient / die Patientin in diesem Interview genannt hat, bei denen es Hinweise darauf gab, dass der Patient / die Patientin in einem dissoziiertem Teil der Persönlichkeit handelte. Manchmal hat der Patient / die Patientin selbst schon spontan über andere Teile/Seiten der Persönlichkeit erzählt und Sie können nun nachfragen.

1. Wie merken Sie selbst, dass es andere Teile Ihrer Persönlichkeit gibt?

Können Sie das beschreiben?

2. Können Sie etwas mehr über die unterschiedlichen Teile oder Seiten Ihrer Persönlichkeit erzählen?

Ja

Nein

Unklar

Präsentation der Beispiele:

- ❑ Es ist Spannung und/oder Leidensdruck spürbar
- ❑ Es gibt nonverbale Signale von Spannung oder es ist ein innerlicher Kampf wahrnehmbar
- ❑ Der Patient / Die Patientin hat eindeutige Schwierigkeiten mit Fragen über Identitätsprobleme, geht aus dem Kontakt, vergisst Fragen, ist weniger gut bei der Sache, weiß es nicht oder streitet ab.
- ❑ Der Patient / Die Patientin nennt Beispiele aber scheint diese auch zu bagatellisieren, minimalisieren oder rationalisieren oder nimmt eine Haltung von "la belle indifférence" ein
- ❑ Der Patient / Die Patientin ist gierig darauf über diese Thema zu sprechen, das Thema scheint keine Spannung hervorzurufen.
- ❑ Es treten Irritation und Ärger beim Patienten / bei der Patientin auf, wenn der Untersucher / die Untersucherin nach Verdeutlichung oder anderen Beispielen fragt. Der/ Die Untersuchte findet, dass der/die Untersucher/-in glauben muss, dass es mehrere Teile der Persönlichkeit gibt; beim Befragen bekommt der/die Untersuchte das Gefühl, dass ihm/ihr "nicht geglaubt, nicht ernst genommen" wird.

Schneidersche Symptome und passive Beeinflussungsphänomene

- Der Patient / Die Patientin beschreibt, dass er/sie manchmal im Auftrag von Stimmen handelt. Er/Sie sagt, dass er/sie keinen Einfluss auf das eigene Handeln hat
 - Der Patient / Die Patientin hört Stimmen im Kopf
 - Der Patient / Die Patientin hört Stimmen außerhalb seines Kopfes
 - Stimmen innerhalb und außerhalb seiner selbst
 - Stimmen, die Kommentare abgeben
 - Stimmen, die Aufträge geben
 - Beeinflussung von Verhalten durch etwas anderes als Stimmen (passive Beeinflussung)
 - Gedanken einbringen/fremde Gedanken im Kopf
 - Gedanken werden "weggenommen"
 - Gedanken über Radio gesendet / gefunkt
- Realitätstest
- intakt
 - nicht intakt

Identitätsprobleme scheinen mit dissoziativen Symptomen verbunden zu sein

Ja

Nein

Unklar

Falls ja

- Amnesie
- Depersonalisation
- Derealisation
- Innere Stimmen/Dialoge
- Andere passive Beeinflussungsphänomene

Identitätsprobleme erscheinen im Rahmen von anderen (psychiatrischen) Erkrankungen

- Psychotische Phase
- Stimmungsproblemen
- Persönlichkeitsstörung
- Neurotische Problematik
- Andere

Qualität der Beispiele in eigenen Worten

- Der Patient / Die Patientin gibt eindeutige Beispiele vom Handeln in dissoziierten Teilen der Persönlichkeit
- Beispiele scheinen oberflächlich oder "Lehrbuch" Beispiele
- Beispiele sind dramatisch/übertrieben
- Beispiele handeln nur von "negativen oder schamvollem" Verhalten
- Beispiele handeln auch von neutralem oder als positiv gewertetem Verhalten

Relevante Aspekte für die Beurteilung der Qualität der Identitätsprobleme

- Der Patient / Die Patientin ist nicht wirklich verwirrt darüber, wie er/sie ist, aber etwas darüber wie er/sie sein müsste oder will
- Der Patient / Die Patientin scheint sein/ihr Verhalten immer an die Erwartungen anderer anzupassen.
- Der Patient / Die Patientin beschreibt subjektive Gefühle der Verwirrung über die eigene Identität
- Der Patient / Die Patientin beschreibt internen Streit: es geht um einen Streit zwischen
 - Zwei polarisierte Teile der Persönlichkeit (z. B. gut/schlecht; Leben/Tod; essen/nicht essen etc.)
 - Zwischen mehreren Teilen der Persönlichkeit
- Der Patient / Die Patientin spielt manchmal Rollen und kann sich manchmal in einer Rolle verlieren.
- Der Patient / Die Patientin beschreibt, dass er/sie sich manchmal anders verhält, sich aber dessen bewusst ist.
- Der Patient / Die Patientin beschreibt keine Verwirrung, obwohl es deutliche Episoden von Amnesie gibt und Handlungen in einem anderen Bewusstseinszustand stattfinden.
- Es gibt eindeutige Hinweise auf die Existenz dissoziativer Persönlichkeitsanteile mit oder ohne Amnesie oder Depersonalisation. Z. B.:
 - es gibt deutliche Beispiele von Verhalten, das nicht zum Patienten / zur Patientin „gehört“ und sich seiner/ihrer Kontrolle entzieht (komplexes Verhalten, keine rein negativen Impulse)
 - Der Patient / Die Patientin hat Dinge getan, gekauft etc., an die er/sie keine Erinnerung hat. Er/Sie hat sich an Plätzen aufgehalten ohne Erinnerung daran, wie er/sie dahin kam.
 - Der Patient / Die Patientin hat von anderen gehört, dass er/sie irgendwo gewesen sei oder sich sehr unterschiedlich verhalten habe. Der Patient / Die Patientin weiß das nicht mehr.
 - Der Patient / Die Patientin sieht sich regelmäßig von außerhalb seines /ihres Körpers beim Handeln zu, ist Zuschauer seiner/ihrer selbst (auch komplexes Verhalten und nicht nur negative Impulse).

Auswertung der Identitätsprobleme

Es treten Identitätsprobleme in der *Gegenwart* auf

Ja Nein Unklar

Frequenz der Identitätsprobleme in der *Gegenwart*

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Es traten Identitätsprobleme in der *Vergangenheit* auf

Ja Nein Unklar

Frequenz der Identitätsprobleme in der *Vergangenheit*

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

kommen scheinen?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

14. Haben Sie jemals das (plötzliche) Gefühl gehabt, dass Ihre Gedanken irrelevant für die gegenwärtige Situation waren?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

15. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihnen plötzlich Gedanken aus dem Kopf weggenommen werden oder Ihr Kopf plötzlich „leer“ ist?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

16. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihre Gedanken gesendet wurden, dass andere Menschen sie hören konnten?

Yes No Unclear

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Wenn der Patient/die Patientin angibt Stimmen zu hören

17. Haben Sie manchmal Namen im Zusammenhang mit den Stimmen in Ihrem Kopf gehört?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

10. Haben Sie manchmal das Gefühl gehabt, dass Ihr Verhalten durch etwas anderes beeinflusst wird als durch eine Stimme?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Sieht es so aus, als umfasst es etwas

außerhalb von Ihnen selbst?

innerhalb von Ihnen selbst?

anders?

Können Sie das beschreiben?

11. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Sie vollständig von einer äußeren Kraft kontrolliert wurden?

Yes

No

Unclear

Falls ja: Können sie das beschreiben?

12. Haben Sie auch Aufträge aus dem Fernsehen, dem Computer oder anderswo erhalten?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

13. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass fremde oder unbekannte Gedanken in Ihren Kopf sind? Dass plötzlich Gedanken in Ihrem Kopf sind, die nicht von Ihnen zu

Ja

Nein

Unklar

Für den Fall, dass der Patient / die Patientin Stimmen hört

5. Hören Sie eine oder mehrere Stimmen?

eine mehrere Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Sprechen die Stimmen auch untereinander über Sie ohne Ihre Beteiligung?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Falls nicht klar ist, woher die Stimmen kommen

7. Haben Sie jemals auch Stimmen außerhalb von Ihnen selbst gehört?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

8. Können andere Menschen auch Ihre Stimmen hören?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

9. Glauben Sie, dass diese Stimmen auch mit anderen Menschen reden könnten, zum Beispiel mit einer Freundin oder einem Freund?

Ja Nein Unklar

5 SCHNEIDERSCHE SYMPTOME

Wir sprachen vorhin über die Ambivalenz bzw. wechselnde Meinungen oder Gedanken

1. Können Sie Ihre Erfahrung mit inneren Dialogen bezgl. Inner Konflikte oder Unterschiedlicher Meinungen oder Gedanken beschreiben?

2. Können Sie so eine Diskussion hören, als ob Sie Stimmen zuhören oder kommen die Gespräche mehr in Form von Gedanken?

gehört als Stimmen

Ja

Nein

Unklar

als Gedanken

Ja

Nein

Unklar

3. Finden auch während dieses Interviews Diskussionen statt?

Ja

Nein

Unklar

Können Sie das beschreiben?

4. Hören Sie manchmal eine Stimme in Ihrem Kopf, die Kommentare zu dem gibt, was Sie tun, oder die Aufträge erteilt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

a) Haben Sie jemals kritische oder bestrafende Stimmen gehört?

Ja

Nein

Unklar

b) Haben Sie jemals kindliche oder weinende Stimmen gehört?

Ja

Nein

Unklar

c) Haben Sie jemals freundliche oder unterstützende Stimmen gehört?

Ja

Nein

Unklar

d) Können Sie die Kommentare oder Befehle, die Sie erhalten, beschreiben?

13. Finden Sie, dass Ihr Geschmack oder Lebensstil
manchmal stark variiert?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

14. Kaufen Sie manchmal im Rausch ein?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

15. . Bringen Sie manchmal Anschaffungen zurück, wenn Sie
Ihnen im Nachhinein nicht mehr gefallen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Passiert das häufiger?

Ja

Nein

Unklar

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Beim Befragen nach Stimmen kann sich bei Patienten / Patientinnen mit DIS oder DDNOS eine große innere Spannung und Angst ausbilden. Wenn eine deutliche Spannung bemerkbar ist oder der Patient / die Patientin dissoziiert, kann man es bevorzugen, zu diesem Zeitpunkt nicht weiter detailliert nach zu fragen, um den Patienten / die Patientin stabil zu halten. Manchmal wird der Einfluss von Stimmen schon vorher in anderem Zusammenhang im Interview besprochen oder beobachtet. Weiter ist es wichtig zu überprüfen, ob der Patient / die Patientin, wenn er/sie Stimmen hört, die Realität erkennt, d.h. kann der Patient / die Patientin wahrnehmen, dass die Stimmen aus dem Inneren kommen und nicht z.B. aus dem Radio? Dissoziative Stimmen können in aktivem Dialog zwischen Patient / Patientin und Therapeut / Therapeutin mit einbezogen werden. Oder ein dissoziativer Anteil kann sagen: „Ich möchte nicht mit Ihnen reden!“. Mit anderen Worten: diese Anteile sind interaktiv, haben Gedanken und Gefühle, und sind nicht nur verfolgende Gedanken im Geist der Patienten und Patientinnen.

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Unterscheiden Sie zwischen regressiven Wünschen und wirklich abgespaltenen Teilen der Persönlichkeit. Vor allem Patienten / Patientinnen mit einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung (aber keiner DIS) und einer Vergangenheit mit affektiver Verwahrlosung wollen oft noch klein sein, getröstet etc. werden und keine Verantwortung als erwachsene Person übernehmen. Bei erwachsenen Patienten / Patientinnen mit DIS gibt es oft viel Angst und die „kindlichen Anteile“ werden (assoziiert mit Scham) gemieden.

11. Haben Sie als Kind viel zu wenig Aufmerksamkeit bekommen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie Ihre Kinderzeit nachholen wollen, oder dass Sie für eine Zeit ohne Verantwortung als Erwachsene sein wollen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Obwohl Patienten / Patientinnen mit DIS oder DDNOS oft einen sehr unterschiedlichen Geschmack oder Lebensstil haben, werden sie durchgängig ihr Bestes geben um dies vor der Außenwelt zu verbergen (z. B. sich eher so neutral wie möglich kleiden). Nur in Situationen, in denen es nicht „unangepasst“ scheint, kann sich ihr Stil unterscheiden. Eine mögliche Ausnahme bildet eine kleine Prozentzahl DIS/DDNOS Patienten / Patientinnen, die obendrein eine histrionische Persönlichkeit haben (nur zwischen 4-6 % aller Patienten / Patientinnen mit DIS/DDNOS).

8. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie schauspielern?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre „Rollen“ kontrollieren können oder geht es um Verhalten, was Sie nicht kontrollieren können?

- Schauspielern unter Kontrolle
- Verhalten nicht kontrollierbar
- beides (manchmal das eine, manchmal das andere)

9. Haben Sie manchmal von anderen Menschen gehört, dass diese über ihr(e) Verhalten(sänderungen) erstaunt waren?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

a. Können Sie beschreiben, was passiert ist oder was Ihnen gesagt wurde?

b. Erinnern Sie sich daran, was Sie dieses getan oder gesagt haben?

Ja

Nein

Unklar

10. Haben Sie sich manchmal wie ein Kind gefühlt oder verhalten?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Leiden Sie unter Ambivalenz oder Streit zwischen zwei Meinungen / Gedanken / mehreren Meinungen / mehreren Gedanken?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Patienten / Patientinnen mit einer dissoziativen Störung beschreiben oft einen Streit zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen, der qualitativ unterschiedlich ist zu der gut-schlecht-Polarisierung bei Borderlinestörungen. Sie können außerdem diesen Streit oft wie einen Konflikt zwischen verschiedenen Stimmen in ihrem Kopf hören. Ein interner Streit kann schon durch die Befragung entstehen, weil im allgemeinen innere Verbote von Diskussionen über die Existenz innerer Anteile besteht. Spannung oder Streit wird oft sichtbar an nonverbalem Verhalten wie

(1) Der Patient / die Patientin wird unruhiger, ängstlicher

(2) Der Patient / die Patientin scheint Stimmen im Kopf zu hören

(3) Der Patient / die Patientin kann dem Gespräch nicht mehr gut folgen, geht aus dem Kontakt, vergisst eine Frage

7. Haben Sie sich manchmal auf eine Art und Weise verhalten, über die Sie später erstaunt waren?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Finden Sie heraus, ob es um komplexes (auch neutrales oder positives) Verhalten geht oder ob es z. B. nur um abgespaltene Wut oder bestimmte negative Verhaltensweisen oder Impulse geht, wie z.B. bei einer Borderline-Erkrankung

wer Sie wirklich sind?

- b) Gibt es Unsicherheit oder Verwirrung darüber, wie Sie sein wollen oder müssten?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Haben Sie eine starke Neigung sich an die Erwartungen von anderen an zu passen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4. Wie oft sind Sie verwirrt darüber, wer Sie selbst sind?

Selten

Manchmal

Monatlich

Täglich /wöchentlich

Unklar

5. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass in Ihnen ein Streit stattfindet oder dass Sie starke ambivalente Gefühle haben

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4 IDENTITÄTSPROBLEME

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Viele Patienten / Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung oder neurotischen Problemen haben Identitätsprobleme. Jedoch unterscheidet sich diese Problematik qualitativ von Patienten / Patientinnen mit DIS oder DESNOS. Bei allen Fragen über Identitätsprobleme ist es wichtig zu realisieren, dass durch diese Fragen Patienten / Patientinnen, die sich von Suggestion leiten lassen, bzw. die denken, dass Sie eine DIS haben, oder die DIS imitieren, Antworten wie aus dem Lehrbuch evoziert werden können. Sie spüren dann keine offensichtliche Spannung bzgl. ihrer Identitätsthematik und geben oft (oberflächliche oder übertriebene) Beispiele über (dissoziative) Persönlichkeitsanteile. Es kann auch passieren, dass negatives oder ungewünschtes Verhalten auf „andere“ Persönlichkeitsanteile zurückgeführt wird.

Patienten / Patientinnen mit DIS oder DESNOS werden andererseits (auf jeden Fall, wenn Sie noch nicht deswegen behandelt werden oder noch nicht vorher darüber gesprochen haben) typischerweise Schwierigkeiten mit diesem Teil des Fragebogens haben. Diese Fragen werfen oft viel Spannung oder Angst auf und es kann sogar nicht möglich sein, die Befragung weiter gründlich durch zu führen. Somit ist nicht nur die Qualität der Antworten sondern auch die Präsentation durch den Patienten / die Patientin ist wichtig (siehe auch Sektion Amnesie)

1. Sind Sie manchmal über sich selbst oder über Ihre Wünsche und Vorzüge verunsichert? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Sind Sie manchmal unsicher oder verwirrt darüber, wer Sie wirklich sind? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- a) Gibt es Unsicherheit oder Verwirrung darüber, Ja Nein Unklar

Auswertung der Derealisation

Symptome von Derealisation in der Gegenwart

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der Derealisation in der Gegenwart

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Symptome von Derealisation in der Vergangenheit

Ja Nein Unklar

Frequenz der Derealisation in der Vergangenheit

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Aspekte zur Erwägung der Differenzialdiagnostik

- Symptome treten nur im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung auf (wie Stimmungsschwankung, psychotische Störung, Angststörung)
- Symptome scheinen vor allem im Zusammenhang mit Spannung, Stress, Müdigkeit oder Angst auf zu treten
 - Derealisation ausschließlich als Folge von Alkohol, Drogen, Medikamenten

3 DEREALISATION

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihnen Ihre vertraute Umgebung oder Menschen, die Sie gut kennen, fremd oder unwirklich erschienen?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, als ob Ihre Umgebung oder Menschen in Ihrer Umgebung verschwommen schienen, wie als würden Sie durch eine Art von Nebel schauen?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten Ihr eigenes Haus oder ihre eigene Straße zu erkennen?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4. Wie oft kommen die oben genannten Erfahrungen (wie bei Frage 1-3 genannt) vor?

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

5. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten eine gute Freun-

Ja Nein Unklar

Auswertung der Depersonalisation

Symptome von Depersonalisation in der *Gegenwart*

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der Depersonalisation in der *Gegenwart*

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Symptome von Depersonalisation in der *Vergangenheit*

Ja Nein Unklar

Frequenz der Depersonalisation in der *Vergangenheit*

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Differenzialdiagnostische Aspekte

- Symptome treten nur im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung auf (denken Sie an Stimmungsschwankung, psychotische Störung, Angststörung, Borderline-Störungen)
- Symptome scheinen vor allem zusammenhängend mit Spannung, Stress, Krankheit, Müdigkeit oder Angst aufzutreten
- Depersonalisationserfahrungen treten im Zusammenhang mit Amnesie oder einem gestörten Zeitbewusstsein auf. Z. B. ein Patient / eine Patientin kann stundenlang ohne ein Zeitbewusstsein vor sich hin starren.

10. Kommen die Depersonalisationserfahrungen im Zusammenhang mit gestörtem Zeitbewusstsein vor?

Ja

Nein

Unklar

11. Schließen Ihre Erfahrungen auch Situationen ein wie:

- Für Stunden zu sitzen und in den Raum starren ohne zu denken?
- Vollständig absorbiert sein, ohne Wahrnehmen der langen vergangenen Zeit?
- Durcheinander-Sein bezüglich Zeit oder Datum?
- anders

ben außen beobachtet haben?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Haben Sie manchmal das Gefühl gehabt, dass Ihr Körper oder ein Teil Ihres Körpers größer oder kleiner erschien? Z. B. Ihre Arme oder Beine?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

7. Haben Sie es jemals erlebt, dass sie sich selbst nicht richtig erkannt haben, wenn sie in einen Spiegel geschaut haben?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

8. Wie oft kommen die oben genannten Erfahrungen (Frage 5-7) vor?

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

9. Kommen die oben genannten Erfahrungen ausschließlich
a. Nach Alkohol, Drogen oder Medikamenteneinnahme vor?

Ja Nein Unklar

-
- b. Kommen die oben genannten Erfahrungen ausschließlich vor, wenn Sie ...

Unter Druck
 Müde
 Entmutigt
 Durcheinander
 Krankl
 Ängstlich
 anderes

... sind?

- c. Kommen die die oben genannten Erfahrungen vor, wenn Sie nicht unter den oben genannten Beschwerden leiden? (Fragen a und b)?

Ja Nein Unklar

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Patienten / Patientinnen mit einer komplexen dissoziativen Störung wie DIS oder DDNOS beschreiben regelmäßig, dass sie sich in manchen Momenten in einiger Entfernung von außen betrachten. Z. B. dass er/sie sich Einkaufen gehen oder eine Anzahl anderer Handlungen ausführen sieht und dann auch während dieser Handlungen neben oder außerhalb des eigenen Körpers steht. Überprüfen Sie, ob der Patient / die Patientin ausschließlich negatives Verhalten beschreibt oder auch neutrale oder positive Verhaltensweisen.

5. Haben Sie manchmal das Gefühl, als ob Sie in einiger Entfernung neben sich selbst stehen und sich zuschauen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie das beschreiben?

- b. Betrachteten Sie sich von einem Punkt außerhalb Ihres eigenen Körpers?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- c. Haben Sie sich jemals eindimensional oder wie eine „Kartonseite“ gefühlt?

Yes

No

Unclear

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- d. Haben Sie sich jemals so gefühlt, dass Sie tief in Ihnen selbst gewesen sind und sich und Ihr le-

Yes

No

Unclear

2 DEPERSONALISATION

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Depersonalisation ist ein Symptom, das oft schwierig zu beschreiben ist. Dabei ist es ein allgemeines (psychiatrisches) Symptom, das im Zusammenhang mit einer Anzahl anderer psychiatrischer Störungen und nicht nur mit dissoziativen Störungen auftreten kann. Lassen Sie den Patienten/die Patientin seine/ihre Erfahrungen so viel wie möglich in eigenen Worten beschreiben.

1. Haben Sie sich manchmal sehr unwirklich gefühlt? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Haben Sie manchmal das Gefühl gehabt, dass Sie wie eine Art Roboter oder Automat handelten? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie nicht wirklich anwesend sind? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4. Wie oft kommen die oben genannten Erfahrungen Frage 1-3) vor? Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Qualität der in eigenen Worten genannten Beispiele:

- Der Patient / Die Patientin nennt eindeutige Beispiele von Amnesie in der Gegenwart
- Beispiele scheinen oberflächlich oder "Lehrbuch" Geschichten zu sein
- Beispiele sind dramatisch/übertrieben
- Beispiele handeln nur von "negativem oder schamvollem" Verhalten
- Beispiele handeln auch von neutralem oder als positiv gewertetem Verhalten

Präsentation der Beispiele:

- Es ist innere Anspannung und/oder Leidensdruck, Stress oder/und innerer Konflikt spürbar
- Der Patient / Die Patientin hat deutliche Schwierigkeiten mit dem Thema Amnesie, geht aus dem Kontakt, vergisst Fragen, ist weniger gut bei der Sache.
- Der Patient / Die Patientin nennt Beispiele, scheint diese auch gleichzeitig zu bagatellisieren, minimalisieren oder rationalisieren oder nimmt eine Haltung von "la belle indifférence" ein
- Der Patient / Die Patientin erscheint begierig, über diese Thema zu sprechen, das Thema scheint keine Spannung hervorzurufen.
- Es treten Irritation und Ärger beim Patienten / bei der Patientin auf, wenn der Untersucher / die Untersucherin nach Verdeutlichung oder anderen Beispielen fragt. Der Untersucher / Die Untersucherin soll glauben, dass es eine Amnesie gibt, beim Befragten entsteht der Eindruck „ nicht glaubwürdig und ernst genommen“ zu werden.

Auswertung der Amnesie:

Der Patient / Die Patientin beschreibt Symptome einer dissoziativen Amnesie in der Gegenwart

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der dissoziativen Amnesie

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Der Patient / Die Patientin beschreibt ausschließlich Symptome von dissoziativer Amnesie in der Vergangenheit (z. B. Teile der Jugend)

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der dissoziativen Amnesie

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Differenzialdiagnostische Erwägungen:

- Patient / Patientin beschreibt klar „Zeitverluste“
 - Die Gedächtnisprobleme scheinen im Zusammenhang mit Episoden von Depersonalisation oder hoher Anspannung aufzutreten, es betrifft vor allem ein gestörtes Zeitbewusstsein oder Aufmerksamkeitsdefizit.
 - Die Gedächtnisprobleme scheinen im Zusammenhang mit einer anderen psychiatrischen Störung aufzutreten z. B. Depression, Psychose oder einer manischen Episode.
 - Die Gedächtnisprobleme scheinen neurologischer Art zu sein
 - Amnesie kommt ausschließlich als Folge von Drogen, Alkohol oder Medikamenteneinnahme vor
- anderes

nisse gar nicht mehr erinnern können, von den Sie genau wissen, dass sie stattgefunden haben?

- c. Passiert es manchmal, dass unerwartet Erinnerungen hochkommen, an die Sie sich in diesem Moment nicht erinnern wollen? Ja Nein Unklar
- d. Passiert es manchmal, dass unerwartet Erinnerungen hochkommen, die Sie ganz vergessen hatten? Ja Nein Unklar

9. Haben Sie Gedächtnisprobleme ausschließlich nach Konsum vom Alkohol, Drogen oder Medikamenten? Ja Nein Unklar

10. Treten die Gedächtnisprobleme vor allem im Zusammenhang mit Anspannung, Stress oder innerer Konfusion auf? Ja Nein Unklar

11. Zeigen sich die Gedächtnisprobleme auch, wenn keine der oben genannten Probleme auftreten (Frage 9-10)? Ja Nein Unklar

(Erfahrungen Fragen 4 - 11)

Wie oft kommt das vor?

- Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

selbst das nicht mehr wissen?

Falls ja: Können Sie beschreiben, was passiert ist?

6. Haben Sie manchmal Hinweise oder Beweise gefunden, dass Sie Dinge getan haben müssen, an die Sie sich nicht erinnern?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

7. Haben Sie jemals wichtige persönliche Informationen vergessen wie Ihre Adresse, Ihren Namen oder Ihr Alter?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

8. Wenn Sie Probleme mit Ihrem Gedächtnis haben, können Sie im Nachhinein meistens herausfinden, was Sie getan haben?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie beschreiben, wie Sie das herausfinden?

Ja

Nein

Unklar

- b. Passiert es manchmal, dass Sie sich an Gescheh-

Ja

Nein

Unklar

Können Sie das beschreiben?

- c. Haben Sie diese Probleme auch jetzt?
Falls ja : Können Sie Beispiele nennen?

Ja Nein Unklar

Wie oft kommen die oben beschriebenen Erfahrungen
(Frage 2-3) vor?

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

4. Ist es jemals vorgekommen, dass Sie sich irgendwo befanden, ohne dass Sie sich erinnern konnten, wie Sie zu diesem Platz gekommen sind (ohne Drogen-, Substanz- oder Alkoholeinfluss)?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie beschreiben, was passiert ist?

5. Haben Ihnen jemals andere Menschen erzählt, dass Sie irgendwo waren oder gesehen wurden, während Sie

Ja Nein Unklar

TEIL 4 - PSYCHOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME

1 PSYCHOGENE AMNESIE

Anmerkung für den Interviewer

1. Haben Sie im Allgemeinen ein gutes Gedächtnis? Ja Nein Unklar
Falls nein: Können Sie Ihre Gedächtnisprobleme beschreiben?
2. Gibt es manchmal Phasen, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich daran zu erinnern, was Sie tagsüber gemacht haben? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?
3. Hatten Sie jemals das Gefühl, dass es Lücken in Ihrer Erinnerung gibt? Ja Nein Unklar
Falls ja:
a. Können Sie das beschreiben?
- b. Geht es dabei vor allem um Gedächtnislücken über die Vergangenheit? Ja Nein Unklar

Evaluation der Probleme mit der Sexualität

Es gibt Probleme mit der Sexualität in der Gegenwart

Ja

Nein

Unklar

- Vermeidung von körperlichem Kontakt
- Vermeidung, auf sexuelle Art und Weise berührt zu werden
- Vermeidung von sexuellen Beziehungen
- Verstärkte Beschäftigung mit sex und / oder sexuellen Beziehungen
- Ungewollter sexueller Kontakt
- Probleme mit der sexuellen Ausrichtung
- Andere _____

Es gibt Probleme mit der Sexualität in der Vergangenheit

Ja

Nein

Unklar

- Vermeidung von körperlichem Kontakt
- Vermeidung, auf sexuelle Art und Weise berührt zu werden
- Vermeidung von sexuellen Beziehungen
- Verstärkte Beschäftigung mit sex und / oder sexuellen Beziehungen
- Ungewollter sexueller Kontakt
- Probleme mit der sexuellen Ausrichtung
- Andere _____

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

6. Waren Sie jemals damit belastet, an Sex und / oder sexuell Beziehungen zu denken?

Ja

Nein

Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

7. Versuchen Sie, ein Nachdenken über Sex zu vermeiden?

Ja

Nein

Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

8. Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt und / oder eine sexuelle Beziehung ohne es wirklich zu wollen?

Ja

Nein

Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

9. Waren Sie sich irgendwann einmal nicht im Klaren über Ihre eigene sexuelle Ausrichtung / Identität?

Ja

Nein

Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

8 PROBLEME MIT DER SEXUALITÄT

Hinweis an den Untersucher / die Untersucherin

Patienten und Patientinnen mit komplexer PTBS oder dissoziativen Störungen haben oft Probleme mit ihrer Sexualität aufgrund ihrer früheren Traumatisierungen. Fragen aus diesem Bereich können Stress oder innere Anspannung bewirken. Es bleibt Ihrer klinischen Einschätzung überlassen, ob es ratsam ist, diese Fragen jetzt zu stellen oder sie auszulassen. Sie lassen sich auch im späteren Behandlungsverlauf erfragen

1. Stört es Sie, körperlich von jemanden, den Sie gut kennen, berührt zu werden? Ja Nein Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

2. Stört es Sie, wenn Sie in sexueller Art und Weise von einem Partner / einer Partnerin berührt werden? Ja Nein Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

3. Vermeiden Sie, über Sex nachzudenken? Ja Nein Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

4. Versuchen Sie, sexuelle Beziehungen zu vermeiden? Ja Nein Unklar

Falls Ja: Können Sie das beschreiben?

5. Denken sie mehr an sexuelle Dinge als Sie es eigentlich wollen? Ja Nein Unklar

Evaluation von Beziehungen zu anderen Menschen

Es gibt Beziehungsprobleme in der Gegenwart

Ja Nein Unklar

- Instabile Beziehungen
- Schwierigkeiten, Menschen zu vertrauen
- Vermeidung von nahen Beziehungen
- Schwierigkeiten in der Bewältigung interpersonaler Konflikte
- Verlassenheitsangst
- Paranoide Ideation
- _____

Es gab Beziehungsprobleme in der Gegenwart

Ja Nein Unklar

- Instabile Beziehungen
- Schwierigkeiten, Menschen zu vertrauen
- Vermeidung von nahen Beziehungen
- Schwierigkeiten in der Bewältigung interpersonaler Konflikte
- Verlassenheitsangst
- Paranoide Ideation
- _____

5. Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich mehr in Beziehungskonflikten verletzt gefühlt haben, als es anscheinend andere Menschen sind? Ja Nein Unklar
- Falls ja:* Können Sie das beschreiben?

6. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Menschen Sie absichtlich verletzt haben? Ja Nein Unklar
- Falls ja:* Können Sie das beschreiben?

7. Haben Sie davon Angst, von anderen Menschen verlassen zu werden? Ja Nein Unklar
- Falls ja:*
- a. Können Sie das beschreiben?

b. Was tun Sie, um das zu vermeiden?
Können Sie das beschreiben?

8. Fühlen Sie sich von anderen Menschen sehr abhängig? Ja Nein Unklar
- Falls ja:* Können Sie das beschreiben?

7 BEZIEHUNGSPROBLEME ZU ANDEREN MENSCHEN

1. Haben Sie stabile und langandauernde Beziehungen zu anderen Menschen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Haben Sie jemals Probleme gehabt, anderen Menschen zu vertrauen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Vermeiden Sie (nahe) Beziehungen zu anderen Menschen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4. Haben Sie jemals Probleme gehabt, in der Beziehung mit anderen Menschen mit Konflikten umzugehen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Evaluation von Problemen bei der Selbstwahrnehmung und des Selbstbildes

Es gibt Probleme in der Selbstwahrnehmung in der Gegenwart

Ja

Nein

Unklar

- Negatives Selbstbild
- Scham
- Gefühl des Isoliertseins
- Schuld
- Hilflosigkeit
- Andere _____

Es gab Probleme in der Selbstwahrnehmung in der Vergangenheit

Ja

Nein

Unklar

- Negatives Selbstbild
- Scham
- Gefühl des Isoliertseins
- Schuld
- Hilflosigkeit
- Andere _____

5. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Sie ein totaler Außenseiter sind, nicht dazugehören oder vollständig anders als die anderen sind?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Haben Sie sich jemals schuldig gefühlt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

7. Haben Sie im Allgemeinen das Gefühl, dass Sie beeinflussen können, was im Alltagsleben passiert?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

8. Fühlen Sie sich im Allgemeinen sehr hilflos im Alltagsleben?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6 PROBLEME DER SELBSTWAHRNEHMUNG UND DES SELBSTBILDES

1. Welche Gedanken und Gefühle haben Sie im Allgemeinen über sich?

Können Sie Ihre Wahrnehmung von sich selbst beschreiben?

2. Gibt es Unterschiede in den Vorstellungen anderer Menschen über Sie und ihren eigenen Vorstellungen?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Empfinden Sie manchmal über sich selbst Scham?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

4. Haben Sie jemals so negative Gefühle sich selbst gegenüber gehabt,

a. Dass Sie nicht wollten, dass andere Menschen Sie näher kennenlernen sollten?

Ja Nein Unklar

b. Dass Sie sich lieber vor anderen Menschen versteckt oder diese vermieden haben?

Ja Nein Unklar

c. Dass Sie sich lieber vor sich selbst versteckt oder sich vermieden haben?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Auswertung des selbstschädigenden Verhaltens

Es tritt selbstzerstörerisches Verhalten in der Gegenwart auf Ja Nein Unklar

- | | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Risikovolles Verhalten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Selbstvernachlässigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Anderes _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |

Häufigkeit des selbstschädigenden Verhaltens in der Gegenwart Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Geht das selbstschädigende Verhalten mit dissoziativen Symptomen einher? Ja Nein Unklar

- Falls ja:*
- Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation

Es trat selbstschädigendes Verhalten in der Vergangenheit auf Ja Nein Unklar

- | | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Risikovolles Verhalten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Selbstvernachlässigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Anderes _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |

Häufigkeit des selbstschädigenden Verhaltens in der Vergangenheit Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Ging das selbstschädigende Verhalten mit dissoziativen Symptomen einher? Ja Nein Unklar

- Falls ja:*
- Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - anders

Falls ja:

- a) Was haben Sie erlebt?
- Rücksichtsloses Autofahren
 - Massives Geldausgeben
 - Unsicherer Sex
 - Sexualkontakt ohne es zu wollen
 - Anders _____
- b) Können Sie das beschreiben?

4. Gibt es noch andere Situationen, in denen Sie nicht gut für sich selbst sorgen? (z. B. Dinge unterlassen, die notwendig für Ihre Gesundheit oder Ihr Wohlbefinden sind)
- Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Erfahrungen Fragen 1-4

5. Wenn man Ihre Erfahrung (*erwähnen Sie die Erfahrungen, die der Patient / die Patientin in Fragen 1-4 erwähnt hat*):

c. Wann haben Sie dies das erste Mal erlebt?

d. Wie oft ist dies geschehen?

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- täglich/wöchentlich
- Unklar

5 SELBSTSCHÄDIGENDES / SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Wenn Autoaggression oder anderes selbstzerstörerisches Verhalten genannt wird, ist es gut zu klären, ob im Zusammenhang mit dem selbstverletzenden Verhalten eine Amnesie oder Depersonalisation auftritt: Z. B. aus dem Körper gehen und wie aus einiger Entfernung den eigenen Körper während der Autoaggression betrachten.

1. Fügen Sie sich selbst manchmal absichtlich Schmerz zu oder verletzen Sie sich, wie z. B. sich verbrannt oder geschnitten haben? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Falls nein, bitte mit Frage 3 weitermachen

- a. Sind Sie sich dessen bewusst, wenn Sie sich verletzen? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- b. Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich selbst unter Kontrolle haben? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Kommt es manchmal vor, dass Sie nicht mehr wissen, dass Sie sich verletzt haben, aber in Nachhinein entdecken, dass dies geschehen sein muss? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Machen Sie manchmal andere gefährliche oder selbstzerstörerische Dinge? Ja Nein Unklar

Auswertung von Angst- und Panikbeschwerden

Es treten Angst- und Panikbeschwerden in der Gegenwart auf

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar

Häufigkeit der Angst- und Panikbeschwerden in der Gegenwart

<input type="checkbox"/>	Selten
<input type="checkbox"/>	Manchmal
<input type="checkbox"/>	Monatlich
<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich
<input type="checkbox"/>	Unklar

Es traten Angst- und Panikbeschwerden in der Vergangenheit auf

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Unklar

Häufigkeit der Angst- und Panikbeschwerden in der Vergangenheit

<input type="checkbox"/>	Selten
<input type="checkbox"/>	Manchmal
<input type="checkbox"/>	Monatlich
<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich
<input type="checkbox"/>	Unklar

gehabt?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

9. Leiden Sie manchmal an

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Starker Wachsamkeit | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Auf der Hut sein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Zwanghaften Gedanken oder Handlungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Erfahrungen Fragen 6-9

10. Wenn man Ihre Erfahrung (*erwähnen Sie die Erfahrungen, die der Patient / die Patientin erwähnt hat*):

a. Wann haben Sie dies das erste Mal erlebt?

b. Wie oft ist dies geschehen?

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- täglich/wöchentlich
- Unklar

4. Wenn man Ihre Erfahrung von Furcht, Angst, Phobie (erwähnen Sie die Erfahrungen, die der Patient / die Patientin erwähnt hat):

a. Wann haben Sie dies das erste Mal erlebt?

b. Wie oft ist dies geschehen?

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- täglich/wöchentlich
- Unklar

5. Erleben Sie manchmal, dass Sie bestimmte Situationen oder bestimmte Plätze aus Angst vermeiden?

- Ja
- Nein
- Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Gibt es andere Dinge, die Sie aus Angst vermeiden?

- Ja
- Nein
- Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

7. Passiert es Ihnen, dass sich Ihnen wiederholt (bekannte) angsterfüllte Bilder oder Gedanken aufdrängen?

- Ja
- Nein
- Unklar

Falls ja: Können Sie diese Bilder oder Gedanken einordnen?

8. Haben Sie jemals Flashbacks von früheren Erlebnissen

- Ja
- Nein
- Unklar

4 ANGST UND PANIK

1. Sind Sie im Allgemeinen eine ängstliche Person?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

2. Leiden/Litten Sie jemals unter spezifischen Ängsten oder Phobien?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3. Leiden/Litten Sie jemals an (plötzlichen) Panikattacken?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

a. Können Sie so eine Panikattacke beschreiben?

b. Sind Panikattacken auch verbunden mit körperlichen Beschwerden wie Herzklopfen, Schwitzen, Hyperventilation?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Erfahrungen Fragen 1-3

Auswertung von Affektregulationsproblemen

Es gibt Affektregulationsprobleme in der Gegenwart

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |

Häufigkeit der Probleme mit der Affektregulation in der Gegenwart

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- Täglich /wöchentlich
- Unklar

Es gibt Affektregulationsprobleme in der Vergangenheit

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Unklar |

Häufigkeit der Problem emit der Affektregulation in der Vergangenheit

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- Täglich /wöchentlich
- Unklar

Es traten Stimmungsprobleme in der Vergangenheit auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Depressive Episode(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Pessimismus über die eigene Lebenssituation and über die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Selbstmordversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Chronische Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Schnelle Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Übererregtes, ungesteuertes, überaktive Verhalten oder Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> (Chronisches) Gefühl von innerer Leere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar

Häufigkeit von Stimmungsproblemen in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	Selten
	<input type="checkbox"/>	Manchmal
	<input type="checkbox"/>	Monatlich
	<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich
	<input type="checkbox"/>	Unklar

Gingen Suizidversuche mit dissoziativen Symptomen einher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar

- Falls ja:*
- Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Andere _____

Gab es andere Stimmungsprobleme im Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar

- Falls ja:*
- Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Andere _____

Hinweis zur Auswertung der Stimmungsprobleme:

Stimmungsprobleme, vor allem schnelle Stimmungsschwankungen aber auch depressive Episoden, können im Rahmen einer dissoziativen Störung oder komplexer PTBS auftreten. Zusätzlich können neben einer dissoziativen Störung allerdings auch komorbide Erkrankungen wie eine Depression, eine bipolare Störung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten. Wenn die Diagnose unklar ist, sollte eine umfassendere diagnostische Untersuchung der potentiellen Affektiven Störung stattfinden.

Auswertung der Stimmungsprobleme

Es treten Stimmungsprobleme in der Gegenwart auf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Depressive Episode(n)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit über die Lebenssituation und über die Zukunft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Selbstmordversuche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Chronische Suizidalität	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Schnelle Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Übererregtes, ungesteuertes, überaktives Verhalten oder Gedanken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> (Chronische) Gefühle von innerer Leere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

Häufigkeit der Stimmungsprobleme in der Gegenwart (bei mehreren Problemen: Häufigkeit von Stimmungsproblemen, die am häufigsten vorkommen)	<input type="checkbox"/>	Selten	
	<input type="checkbox"/>	Manchmal	
	<input type="checkbox"/>	Monatlich	
	<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich	
	<input type="checkbox"/>	Unklar	
Gehen Suizidversuche mit dissoziativen Symptomen einher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

- Falls ja:*
- Amnesie
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Andere _____

- b. Wenn Sie in einer ausgelassenen Stimmung gewesen sind, sind Ihnen dann jemals die Gedanken davon gerannt, so als ob Sie Ihre Gedanken nicht haben anhalten können?
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Ja

Nein

Unklar

- c. Gibt es Ihrer Meinung nach einen Zusammenhang oder eine Verursachung zwischen Gefühlen von Anspannung und Angst und Ihrem überaktivem / ausgelassenen Verhalten?
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Ja

Nein

Unklar

20. Haben Sie jemals ein deutliches Gefühl von Leere und Langeweile verspürt?

Yes

No

Unclear

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

16. Wie haben Sie Ihren Versuch erlebt?

- Ich war wirklich „da“ und der Situation bewusst
- Ich fühlte mich mehr in einem Rausch
- Anders

Können Sie Ihre Erfahrung beschreiben?

17. Ist es schon mal passiert, dass Sie gar nicht mehr wussten, dass Sie probiert hatten, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

18. Haben Sie dazu Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen?

Ja

Nein

Unklar

19. Kommt es manchmal vor, dass Sie in sehr aufgeregter, extrem energiereicher und / oder ausgelassener Stimmung sind?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- a. Haben Sie jemals in dieser ausgelassenen Stimmung Dinge getan, die Sie später bereut haben oder die Sie in Schwierigkeiten gebracht haben?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- c. Betrafe dies Schwierigkeiten (bedeutende) Beziehung zu anderen Menschen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

14. Haben Sie sich manchmal so verzweifelt gefühlt, dass Gedanken in Ihnen hochkamen, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? Ja Nein Unklar

15. Haben Sie manchmal wirklich versucht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? Ja Nein Unklar

Falls ja:

- a. Was haben Sie genau getan?

- b. Sind Sie deswegen in einer Klinik behandelt worden? Ja Nein Unklar

- c. Haben Sie schon mehrere Male einen Selbstmordversuch unternommen? Ja Nein Unklar

Falls ja: Wie oft?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Wenn der Patient / die Patientin ein oder mehrere Male einen Suizidversuch unternommen hat, finden Sie heraus, ob sich der Patient / die Patientin noch genau daran erinnert. War die Rede von einer teilweisen oder völligen Amnesie vor dem Versuch? War der Patient / die Patientin depersonalisiert zur Zeit des Versuchs oder hatte er / sie vorher Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? Gab es ein Gefühl von Kontrolle über den Versuch?

12. Sind Sie je zeitweise sehr depressiv gewesen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

a. Können Sie das beschreiben?

b. Wie verläuft so eine Episode? (Wie lange dauert es und kann die Schwere plötzlich Schwanken? Kann Ihre Depression auch plötzlich zu positiven Gefühlen wechseln (schnelle Stimmungswechsel)?

13. Haben Sie sich jemals hoffnungslos Ihrer Zukunft gegenüber gefühlt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja

a. Können Sie das beschreiben?

b. Betraf die Hoffnungslosigkeit Ihre Lebenssituation?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja, können Sie das beschreiben?

oder Ihre Gefühle nicht unter Kontrolle hatten?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

10. Gibt es spezielle Gefühle, mit denen Sie Schwierigkeiten haben? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Wie oft erleben Sie die oben genannten Erfahrungen? Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

11. Haben Sie jemals Probleme gehabt, Ihren Ärger zu kontrollieren? Ja Nein Unklar
Falls ja, können sie das beschreiben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Bei Patienten / Patientinnen mit einer dissoziativen Störung sind Gefühle manchmal ganz "weg" (werden dissoziiert); manchmal können Gefühle unerwartet den Patienten/die Patientin überfluten (passive Beeinflussung, z.B. plötzliche unerklärliche Angst, Wut, Trauer und Freude).

Patientinnen und Patienten mit DIS oder DDNOS erleben sehr unterschiedliches Verhalten oder Emotionen als „nicht unter Kontrolle oder nicht als Teil ihrer selbst" (z.B. nicht nur dissoziierte Wut sondern auch komplexere (positives) Verhalten wie das Kaufen von Dingen, die nicht zu ihrer Geschmacksrichtung gehören).

Dissoziierte Wut oder andere negative Affekte werden auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung gesehen, dagegen umfasst Dissoziation im Rahmen des komplexen Alltagslebens nicht unbedingt nur negative Gefühle. Es wichtig herauszufinden, ob der Patient / die Patienten bei „negativen" oder Ich-dystonen Emotionen und Verhalten keine Kontrolle verspürt wie z.B. Wutanfälle, Stehlen, sexuelles Ausagieren, oder ob auch die Rede ist von eher „positivem" Gefühlen und Verhalten, das außerhalb der Kontrolle des Patienten/der Patientin ist wie Freude, Verspieltheit oder neutrale Aufgaben wie in die Drogerie zu gehen oder Auto zu fahren.

7. Werden Sie manchmal durch kleine Probleme aus dem Gleichgewicht gebracht? Ja Nein Unklar
Wenn ja, können sie das beschreiben?

8. Haben Sie Schwierigkeiten, sich selbst zu beruhigen? Ja Nein Unklar
Falls ja, können Sie das beschreiben?

9. Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie Ihr Verhalten Ja Nein Unklar

Für Sie selbst?

Ja

Nein

Unklar

Für andere Menschen in Ihrer Umgebung?

Ja

Nein

Unklar

Für Ihr alltägliches Leben/Arbeit?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie beschreiben, wie Ihre Stimmungsschwankungen Sie selbst, andere und Ihr Funktionieren beeinflussen?

5. Haben Sie manchmal erlebt, dass Ihre Fähigkeiten oder Ihre Fertigkeiten sehr stark schwanken?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

6. Haben Sie gelegentlich erlebt, dass Sie Dinge einfach tun konnten, die für Ihr Gefühl unmöglich waren oder außerhalb dessen lagen, von dem Sie wissen, dass Sie es können?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

3 STIMMUNGSPROBLEME UND PROBLEME DER AFFEKTREGULATION

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Es ist wichtig herauszufinden, ob eine depressive Episode länger andauert oder durch andere Stimmungsformen abgewechselt wird (hypomansich, glücklich, ärgerlich etc.) Bei Patienten / Patientinnen mit einer dissoziativen Störung (DIS oder DDNOS) kann es sein, dass während einer depressiven Episode plötzliche Stimmungsschwankungen auftreten, weil selten alle Teile der Persönlichkeit gleichzeitig depressiv sind.

1. In welcher Stimmung verbrachten Sie die letzten Jahre?

2. Haben Sie manchmal erlebt, dass Ihre Stimmung schnell schwankt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie beschreiben, wie oft sich Ihre Stimmung verändert und wie das dann ist?

3. Können Sie die Qualität der Stimmungsschwankungen beschreiben, indem Sie ihr Auftreten bestimmen?

abrupt

langsam einschleichend

von einem leichten Gefühl zu einem ähnlichen, das stärker ist (z.B. von zufrieden bis euphorisch)

Pendeln von extem intensiven Gefühlen, die sehr unterschiedlich sind (z.B. glücklich zu wütend)

Anders - *falls ja:* bitte beschreiben!

4. Haben die Stimmungsschwankungen Konsequenzen

Auswertung der Schlafstörungen

Es treten Schlafstörungen in der Gegenwart auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Nachts Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Ungewolltes Einschlafen tagsüber, als man eigentlich wach sein sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Schlaf hinausschieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Nächtliche Panik/Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Aufstehen (mit Amnesie?) oder das Gefühl eine andere Person zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Schlafwandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar

Häufigkeit der Schlafstörungen in der Gegenwart	<input type="checkbox"/>	Selten
	<input type="checkbox"/>	Manchmal
	<input type="checkbox"/>	Monatlich
	<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich
	<input type="checkbox"/>	Unklar

Es traten Schlafstörungen in der Vergangenheit auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Ungewolltes Einschlafen tagsüber, als man eigentlich wach sein sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Schlaf hinaus schieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Nächtliche Panik/Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Aufstehen (mit Amnesie?) oder das Gefühl eine andere Person zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Schlafwandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar
<input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Unklar

Häufigkeit der Schlafstörungen in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	Selten
	<input type="checkbox"/>	Manchmal
	<input type="checkbox"/>	Monatlich
	<input type="checkbox"/>	Täglich /wöchentlich
	<input type="checkbox"/>	Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

11. Haben Sie manchmal festgestellt, dass Sie nachts aufgestanden sind und Dinge getan haben, an die Sie sich am nächsten Morgen nicht mehr erinnern?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

12. Nehmen Sie Schlafmittel?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Welche Medikamente?

13. Haben Sie andere Hilfsmittel, um schlafen zu können?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

14. Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Sie ohne es zu wollen, eingeschlafen sind, als sie eigentlich hätten wach sein sollen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

gehört, dass sie unruhig schlafen (z.B. schreien, kämpfen) oder dass Sie im Schlaf sprechen?

Falls ja:

a) Was haben Sie erlebt?

- Schreien
- Weinen
- Unterhaltungen
- Kämpfen
- anderes _____

Können Sie das beschreiben?

8. Haben Sie manchmal Probleme, durch einen Traum aufzuwachen oder haben Sie Träume, die anscheinend weitergehen, nachdem Sie aufgewacht sind?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

9. Leiden Sie manchmal tagsüber unter alptraumartigen Bildern?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Haben Sie eine Ahnung, womit diese Bilder zusammenhängen?

10. Leiden/Litten Sie manchmal unter Schlafwandeln?

Ja

Nein

Unklar

2 SCHLAFSTÖRUNGEN

1. Leiden Sie manchmal an Schlafstörungen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie diese beschreiben?

2. Haben Sie Probleme beim Einschlafen?

Ja

Nein

Unklar

3. Schieben Sie es manchmal hinaus, schlafen zu gehen oder merken, dass Sie Angst haben, ins Bett zu gehen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Wissen, Sie, warum Sie das tun und könnten sie die Gründe beschreiben?

4. Wachen Sie nachts oft auf?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie beschreiben, was da passiert?

5. Wie viel Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

6. Haben Sie manchmal Alpträume?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie die Alpträume beschreiben?

7. Haben Sie manchmal mitbekommen oder von anderen

Ja

Nein

Unklar

Auswertung der Essstörungen:

Es gibt Essstörungen in der Gegenwart

- Anorexie
- Bulimie
- Adipositas
- Gemischte Essstörung

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |

Häufigkeit der Essstörungssymptome in der Gegenwart

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- Täglich /wöchentlich
- Unklar

Gehen die Essstörungen mit dissoziativen Symptomen einher?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |

Falls ja:

- Amnesie
- Depersonalisation
- Derealisation
- andere _____

Falls ja, können sie dies bitte beschreiben?

Es gab Essstörungen in der Vergangenheit

- Anorexie
- Bulimie
- Adipositas
- Gemischte Essstörung

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |

Häufigkeit der Essstörungssymptome in der Vergangenheit

- Selten
- Manchmal
- Monatlich
- Täglich /wöchentlich
- Unklar

Gingen die Essstörungen mit dissoziativen Symptomen einher?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nein | Unklar |

Falls ja:

- Amnesie
- Depersonalisation
- Derealisation
- andere _____

Falls ja, können Sie dies bitte beschreiben

vergessen zu essen?

Falls ja: Sind Sie sich bewusst, wenn Sie Hunger oder ein "Völlegefühl" haben?

9. Kommt es vor, dass Sie sich nach dem Essen übergeben?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

10. Haben Sie jemals Schwierigkeiten mit Erbrechen oder mit Übelkeit ohne körperliche Ursache gehabt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

11. Haben Sie jemals Laxantien/Abführmittel genommen?

Ja

Nein

Unklar

If so: How often and how much??

12. Haben Sie jemals exzessiv Sport betrieben (mehr als ein Stunde pro Tag)?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Falls Essstörungen genannt wurden, kann es bereits in dieser Phase des Interviews sinnvoll sein zu prüfen, ob eine mögliche Amnesie oder Depersonalisation mit der Essstörung verbunden ist. Patienten / Patientinnen mit einer dissoziativen Störung vergessen manchmal zu essen oder sie kennen das Hungergefühl kaum. Oft fühlen sie nicht, dass sie genug gegessen oder ein „Völlegefühl“ haben. Möglicherweise gibt es eine Empfindung (oder eine innere Stimme), die sie am Essen hindert oder sie zwingt, etwas zu essen

5. Litten Sie jemals unter Fressanfällen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Wie sah ein Fressanfall aus?

6. Findet so ein Fressanfall manchmal in einer Art von Rausch statt?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

7. Kommt es manchmal vor, dass sie sich gar nicht daran erinnern können, dass Sie gegessen haben (oder einen Fressanfall hatten), Sie aber Hinweise darauf finden, dass sie gegessen haben?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

8. Kommt es manchmal vor, dass Sie einen Tag lang ganz

Ja

Nein

Unklar

Teil 3 - (MÖGLICHE) TRAUMABEZOGENE SYMPTOME

1 ESSSTÖRUNGEN

1. Hatten Sie jemals Essprobleme?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie diese beschreiben?

2. Waren Sie jemals so abgemagert, dass Ihre Menstruation aufhörte?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

a. Was war Ihr niedrigstes Gewicht? _____ kg

b. Wie groß sind Sie? _____

c. Wurden Sie im Zusammenhang mit dem Untergewicht stationär aufgenommen?

Ja

Nein

Unklar

3. Hatten Sie jemals Probleme mit übermäßigem Essen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja:

Was war Ihr höchstes Gewicht? _____ kg

4. Wechselt Ihr Gewicht stark über die Monate oder das Jahr?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie das beschreiben (wie viele kg)?

Auswertung der körperlichen Beschwerden:

Hinweise auf körperliche Beschwerden mit medizinischer Ursache

Ja Nein Unklar

Frequenz der körperlichen Beschwerden

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Hinweise auf körperliche Beschwerden ohne medizinische Ursache

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme dissoziative Symptome ("Konversion") wie Wechseln im Sprechen, Sehen, Hören, Körperempfindungen, Schlucken, Lähmung der Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Pseudo-epileptische Anfälle (dissoziative Krämpfe); Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> (Zeitweiliges) Unvermögen, körperlichen Schmerz wahrzunehmen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
| <input type="checkbox"/> Andere Beschwerden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |

Häufigkeit der körperlichen Beschwerden ohne medizinische Ursache

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Es gibt Hinweise auf körperliche Beschwerden in der Kindheit

Ja Nein Unklar

4. Hatten Sie als Kind Schlafprobleme?

Falls ja: Können Sie das beschreiben?

- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | | Nein | | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Durchschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | | Nein | | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Alpträume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | | Nein | | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Einnässen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | | Nein | | Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | | Nein | | Unklar |

4 KÖRPERLICHE BESCHWERDEN, SOMATOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME ALS KIND

1. Hatten Sie als Kind regelmäßig körperliche Beschwerden wie

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Migräne | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Übelkeit | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Essprobleme | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | Andere körperliche Beschwerden | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | War Ihnen oft übel? | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| <input type="checkbox"/> | anderes | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |

2. Hatten Sie als Kind (oft) Unfälle? Wie oft?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Falls ja: Können Sie diese beschreiben?

3. Wurden Sie als Kind (oft) im Krankenhaus aufgenommen?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Falls ja: Was waren die Probleme, für die Sie aufgenommen wurden?

7. Hatten Sie jemals Probleme, eine Erektion zu bekommen oder zu halten? Yes No Unclear

Falls ja: Können Sie diese Beschwerden beschreiben?

8. Haben Sie jemals potenzsteigernde Drogen (z.B., Viagra, Cyalis) und / oder poppers? Yes No Unclear

Falls ja: Können Sie dies beschreiben?

3 UROLOGISCHE BESCHWERDEN; BESCHWERDEN BEIM STUHLGANG

Litten Sie jemals an einer der folgenden urologischen Beschwerden?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Schwierigkeiten beim Urinieren? | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 2. Schmerzen beim Urinieren? | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 3. Plötzlich Ihren Urin nicht mehr halten können oder Enuresis (nächtliches Einnässen)? | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
| 4. Haben Sie jemals urologische Beschwerden gehabt, für die keine medizinische Erklärung gefunden wurde?
<i>Falls ja: Können Sie diese Beschwerden beschreiben?</i> | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |

Beschwerden beim Stuhlgang:

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 5. Hatten Sie jemals Beschwerden beim Stuhlgang?
<i>Falls ja: Woran litten Sie?</i> | <input type="checkbox"/>
Ja | <input type="checkbox"/>
Nein | <input type="checkbox"/>
Unklar |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Fragen für Männer

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 6. Hatten Sie jemals Schmerzen oder Irritationen an Ihrem Penis, Hodensack oder Hoden?
<i>Falls ja: Können Sie diese Beschwerden beschreiben?</i> | <input type="checkbox"/>
Yes | <input type="checkbox"/>
No | <input type="checkbox"/>
Unclear |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

2 FÜR FRAUEN: GYNÄKOLOGISCHE BESCHWERDEN

1. Litten Sie jemals an gynäkologischen Beschwerden? Ja Nein Unklar

Falls ja: Welche Beschwerden?

2. Sind /Waren Sie bei einem Gynäkologen/einer Gynäkologin in Behandlung? Ja Nein Unklar

Falls ja: Wegen welcher Beschwerden?

3. Haben Sie jemals Bauchschmerzen oder andere gynäkologische Beschwerden gehabt, für die keine medizinische Erklärung gefunden wurde? Ja Nein Unklar

Falls ja: Können Sie diese Beschwerden beschreiben?

g. Haben Sie gelegentlich Probleme beim Schlucken?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?

(Erfahrung - Fragen 8 - 10)

11. Wie oft kommt das vor?

Selten

Gelegentlich

Monatlich

Täglich/wöchentlich

Unklar

12. Haben Sie je die Erfahrung gemacht, dass Sie plötzlich nichts mehr schmecken, riechen etc. konnten ohne dass es medizinische Ursache gab (z.B. ohne eine Erkältung zu haben)?

Ja

Nein

Unklar

13. Haben Sie manchmal erlebt, dass Sie bestimmte körperliche Beschwerden ignoriert haben oder dass Sie wenig oder keinen Schmerz fühlten, wo andere Menschen dies jedoch erwarten würden?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie darüber etwas erzählen?

14. Gibt es körperliche Symptome, die ich nicht erfragt habe und über die Sie mir noch etwas erzählen können?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie mir etwas erzählen?

- c. Vollständige Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu sprechen und / oder auf die Umgebung zu reagieren.
Falls ja: Können Sie es beschreiben?
- Ja Nein Unklar

- d. Plötzliche Probleme mit Sehen oder Hören?
Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?
- Ja Nein Unklar

- e. Sind Sie gelegentlich überempfindlich für Gerüche oder Geräusche?
Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?
- Ja Nein Unklar

- f. Haben Sie jemals erlebt, dass Essen, das Ihnen normalerweise gut schmeckt, schlecht geschmeckt hat?
Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?
- Ja Nein Unklar

b. Sind Sie deswegen behandelt worden?

Ja

Nein

Unklar

8. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass ein Teil Ihres Körpers oder der gesamte Körper Ihnen fremd ist?
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Ja

Nein

Unklar

9. Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Sie Ihren Körper nicht spüren, dass er gefühllos war oder dass Sie Schmerzen nicht richtig wahrnehmen konnten?
Falls ja: Können Sie das beschreiben?

Ja

Nein

Unklar

10. Litten Sie jemals an anderen (neurologischen) Beschwerden, für die die Ärzte keine Erklärung finden konnten wie:

a. Verlust der Stimme (ganz oder zum Teil)?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?

b. Kraftverlust/Lähmungserscheinungen in Armen oder Beinen?

Ja

Nein

Unklar

Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?

4. Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Migräne?

Ja Nein Unklar

5. Haben Sie jemals Verletzungen am Kopf gehabt?

Ja Nein Unklar

Falls ja :

a. Was ist passiert?

b. Wurden Sie damals bewusstlos?

Ja Nein Unklar

Und falls ja, für wie lange?

6. Leiden Sie oder litten Sie jemals an Ohnmachtsanfällen, Absencen oder epileptischen Anfällen (oder „Pseudo-Anfällen“)?

Ja Nein Unklar

Falls ja:

a. Können Sie beschreiben, was passiert ist?

b. Haben Sie dabei das Bewusstsein verloren?

Ja Nein Unklar

Falls ja: Wissen Sie wie lange?

c. Wie häufig ist das passiert?

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

7. Sind Sie jemals neurologisch untersucht worden?

Ja Nein Unklar

Falls ja:

a. Was war die Diagnose?

TEIL 2

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN, SOMATOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME ALS ERWACHSENE

1 MEDIZINISCHE/SOMATISCHE VORGESCHICHTE

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Viele der hier gestellten Fragen können Hinweise auf eine „somatoforme Dissoziation“ geben. Diese Symptome können auch Teil einer chronischen dissoziativen Störung sein.

Neben dem Vorliegen der Symptome gibt die Art, wie der Patient / die Patientin über diese Symptome spricht, einen zweiten wichtigen Hinweis.. Ist es für den Patienten / die Patientin belastend über diese Symptome zu berichten oder gibt es auffällige Schwierigkeiten, diese Symptome zu verbalisieren? Kann sich der Patient/die Patientin an die eigenen Geschichte noch relativ klar erinnern, auch an die Beschwerden in der Kindheit? Werden Beschwerden übertrieben oder eher bagatellisiert?

1. Haben Sie körperliche Beschwerden? Ja Nein Unklar
Falls ja: Was für Beschwerden?

2. Gehen Sie deshalb regelmäßig zum Arzt? Ja Nein Unklar
3. Haben Sie auch Beschwerden, für die keine medizinische Ursache gefunden wurde? Ja Nein Unklar
Falls ja : welche Beschwerden?

Auswertung von Substanzmissbrauch

Es gibt Abhängigkeitsprobleme und/oder Substanzmissbrauch in der Gegenwart

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der gegenwärtigen Substanzmissbrauchsproblemen

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Es gab Abhängigkeitsprobleme und/oder Substanzmissbrauch in der Vergangenheit

Ja Nein Unklar

Häufigkeit der Substanzmissbrauchsproblemen in der Vergangenheit

Selten
 Manchmal
 Monatlich
 Täglich /wöchentlich
 Unklar

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Falls es (jemals) zu Substanzmissbrauch, sei es Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch gekommen ist, sollten Sie bei der Bewertung von Amnesie, Depersonalisation und Derealisation überprüfen, ob diese Symptome sich auch ohne diese Mittel zeigen.

7. Sind Sie jemals Medikamentenmissbrauch betrieben oder waren medikamentenabhängig? Ja Nein Unklar
8. Haben Sie eine Idee, in welchen Situationen Sie Mittel einnehmen?
Falls ja: Können Sie diese Situationen beschreiben oder benennen, wie Ihrer Meinung nach die Substanzen Sie unterstützen? Ja Nein Unklar
9. Wie alten waren Sie als die Probleme mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten angefangen haben?
10. Gab es Zeiten, in denen Sie gar keine illegalen Drogen, keinen Alkohol, genommen und keinen Missbrauch von verschriebenen Medikamenten betrieben haben? Ja Nein Unklar

4 ALKOHOL; DROGEN UND MEDIKAMENTENEINNAHME

1. Trinken Sie manchmal Alkohol? Ja Nein Unklar
Falls ja: Wie viel trinken Sie pro Tag/Woche? Was trinken Sie?
2. Haben Sie jemals ein Black-out durch Alkohol gehabt? Ja Nein Unklar
Falls ja: Können Sie beschreiben wie das war?
3. Sind Sie jemals wegen Alkoholproblemen in Behandlung gewesen? Ja Nein Unklar
Falls ja: Wo und wann?
4. Haben Sie jemals Drogen genommen? Ja Nein Unklar
*Falls ja: Welche Drogen nehmen /nahmen Sie?
Wie viel nehmen/nahmen Sie pro Tag/Woche?*
5. Wurden Sie jemals wegen Drogenproblemen behindert? Ja Nein Unklar
6. Nehmen Sie zur Zeit rezeptierte oder frei verkäufliche Medikamente? Ja Nein Unklar
Falls ja: Welche Medikamente nehmen Sie und warum?

Hinweise für das gesamte Interview:

Bei allen Interview-Fragen zu Symptomen und überhaupt während des gesamten Interviews ist es wichtig, den Patienten/die Patientin nach Beispielen zu fragen oder ihn / sie mit eigenen Worten seine/ihre Erfahrungen erzählen zu lassen, um mehr Klarheit über die subjektiven Erfahrungen des /der Patienten /in zu erhalten. Außerdem ist es immer wichtig, die Häufigkeit der Symptome herauszufinden.

Achten Sie auf die Qualität der Beispiele. Vor allem Patienten / Patientinnen, die dissoziative Symptome imitieren, reagieren oft ärgerlich oder irritiert, wenn sie Beispiele angeben müssen oder geben - manchmal übertrieben, manchmal oberflächlich - so genannte „Lehrbuch“-Beispiele. Ihre Symptome können übertrieben werden. Dies kann auch bei Patienten und Patientinnen auftreten, die neben einer DIS noch komorbid eine histrionische Persönlichkeitsstörung haben, aber diese sind eher seltene Ausnahmen in der Population (4-6%).

Umgekehrt haben Patienten / Patientinnen mit einer dissoziativen Störung manchmal Angst oder schämen sich, etwas zu berichten. Sie haben eher die Neigung, Symptome zu vertuschen oder zu bagatellisieren. Patienten und Patientinnen mit dissoziativen Störungen zeigen oft Anzeichen deutlicher Anspannung, wenn sie nach Einzelheiten ihrer Erfahrung gefragt werden und können mit verschwommenen, unverbunden oder verwirrenden Darstellungen antworten. Für eine endgültige Bewertung der dissoziativen Symptome wird es wichtig sein, auf die non-verbale Reaktionen während des Interviews zu achten, wie auch auf die Qualität der Antworten auf die Fragen. Für weitere Details achten Sie bitte auf Kapitel 8 über Non-Verbale Zeichen am Ende des Interviews.

6. Wurden sie jemals in eine psychiatrische oder eine Reha-Klinik aufgenommen?

- Ja
- Nein

Falls Ja:

a. Aus welchem Grund / welchen Gründen?

b. Wie lange waren Sie in der Klinik?

c. Wie oft sind Sie aufgenommen worden?

7. Wissen Sie, welche Diagnosen Sie in Ihrem Leben erhalten haben?

Hinweis an den Untersucher/ die Untersucherin:

Es ist wichtig herauszufinden, ob viele unterschiedliche Diagnosen gestellt wurden. Außerdem ist es relevant, sich zu vergewissern, ob viele verschiedene Behandlungen stattgefunden haben und wie diese beendet wurden. Besonders die Beendigungen können wichtige Informationen über den/ die Patientin aufdecken; seine oder ihre Probleme, und frühere Behandlungserfolge oder - misserfolge

8. *Falls Sie mehrere Behandlungen erhalten haben;*

Was waren die Gründe, diese zu beenden?

Beschreiben Sie:

3 PSYCHIATRISCHE ODER PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG / VORGESCHICHTE

1. Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja
 Nein

2. Wie werden Sie zur Zeit behandelt? Ambulant
 Tagesklinisch
 Stationär
 anders

3. Wie häufig haben Sie Gespräche?

4. *Falls Sie behandelt werden, mit welchen Beschwerden / Problemen?*

5. Sind Sie zuvor auch schon in Behandlung gewesen?
 Ja
 Nein

Falls ja: Beschreiben Sie bitte diese Behandlungen

4. Gibt es einen Grund für häufige Arbeitsplatzwechsel?
Falls ja: Können Sie diese beschreiben?

5. Bemerkungen / Ergänzungen zum Arbeitsverhältnis

6. *Falls der Patient / die Patientin keiner bezahlten Arbeit nachgeht:*
Was machen Sie im Alltag?
(Freiwillige Arbeit, Arbeit im Haushalt, Versorgung von Kindern, Hobbys,
Studium, andere Tätigkeiten)

7. Haben Sie Probleme mit Ihrer Tagesstruktur?

8. *Falls ja:* Could you describe your difficulties?

2 ARBEITSSITUATION

Momentane Arbeitssituation

1. Haben Sie eine bezahlte Arbeitsstelle? ? Ja
 Nein

Falls ja: Ganztags
 Halbtags

Falls ja: Welche Art von Arbeit haben Sie?

Seit wann?

2. Gab es auch eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie nicht in der Lage waren, einer Arbeit nachzugehen?

Ja
 Nein

Falls ja: Wann?

Warum?

3. Wie viele verschiedene Arbeitsstellen hatten Sie als Erwachsene/r?

TEIL 1

1 BIOGRAFISCHE DATEN

Name:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht: Frau
 Man

Familienstand ledig
 verheiratet
 geschieden
 in Partnerschaft zusammenlebend
 Witwe / Witwer

Haben Sie Kinder? Wieviele?

Wie alt sind Ihre Kinder?

Ausbildung kein Abschluss
 Volksschule
 Hauptschule
 Mittlere Reife
 Fachhochschule
 Abitur
 Lehre
 Fachhochschule
 Hochschulabschluss

Wieviele Jahre Ausbildung insgesamt?

Steinberg, M., (1994c) (Ned. vert. Boon, S. & Draijer, N.) *Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV Dissociatieve Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Steinberg, M (1995) . *Handbook for the assessment of dissociation: a clinical guide* . Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cichetti, D (1990). The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.

Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cichetti, D (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.

Van der Hart, O., Nijenhuis E. R.S. & Steele, K & Brown, D. (2004): Trauma related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 38 (11-12) 906-2004.

Van der Hart, O., Nijenhuis E. R.S. & Steele (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton Professional Books.

World Health Organization (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

Draijer, N. & Boon, S.(1993). The validation of the dissociative experiences scale against the Criterion of the SCID-D, using Receiver Operating Characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*, 6, 28-37.

Draijer, N. & Boon, S. (1994). Psychiatrische klachten na een misbruikverleden (3). *Maandblad geestelijke volksgezondheid*; 10, 1125-1128.

Draijer, N. & Boon, S. (1995). Differential diagnosis of DID and factitious disorder: A challenge. *Proceedings of the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. Amsterdam, May 10-14.

Draijer, N., Van der Hart, O., & Boon, S. (1996). De validiteit van de diagnose MPS. *De Psycholoog*. 1996, 9, 322-327.

Draijer, N. & Boon, S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: patients at risk, therapist at risk. *The Journal of Psychiatry & Law*, 27, 423-458.

Dyck, R. (1992). Zin en onzin over de multiple persoonlijkheid. *Trans*, 8, 26-32.

Nijenhuis, E.R.S. (1999, 2004): *Somatoform Dissociation; phenomena, measurement and theoretical Issues*. Reprint: WW Norton, New York 2004.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J.(1996) The development and the psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20) . *Journal of Nervous and Mental Disease*,184, 688-694.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.

Steinberg, M.(1993) *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M.(1994a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M.(1994b). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders -revised (SCID-D-R)* Washington, DC: American Psychiatric Press.

REFERENCES

- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174,727-735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands. A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.
- Boon, S. & Draijer, N (1992), reliability and validity of the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: report on a study in the Netherlands.
Proceedings of the 9th International Conference on Multiple Personality/ Dissociative States. Chicago, Illinois.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993a). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, 1993, 489-494.
- Boon, S. & Draijer, N (1993b). *Multiple personality disorder in the Netherlands. A study on reliability and validity of the diagnosis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993c). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.
- Boon,S., & Draijer, N. (1994). Comorbiditeit bij MPS. *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie* Hoogduin e.a. (red.), Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Boon, S., & Draijer, N., (1995) *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S. & Draijer N. (1996). Nederlands onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de dissociatieve identiteitsstoornis. *Bulletin Consortium Psychiatrie Rümkegroep, Utrecht*.
- Boon, S & Draijer, N (1999): Simulated DID: Diagnostic and treatment implications. In: *Proceedings of the ISSD 16th annual conference*. Miami. USA.
- Boon, S. & Draijer, N. (2003).The differentiation of imitated DID from genuine DID; USA.
in *Proceedings of the 19th Annual Meeting of ISTSS (p.88)* Chicago, Illinois.
- Dell, P. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric clinics of North America*, 48, 1-26.

VERWEISE AUF DEN SCID-D UND DEN SDQ-20

Verweise auf Fragen aus dem SCID-D (Steinberg, 1985, 1991, 1993, 1994)

Bei Amnesie: Fragen 2 - 7 entsprechen Fragen aus dem SCID-D.

Depersonalisation: Fragen 4, 5 und 6 entsprechen Fragen aus dem SCID-D

Derealisation: Fragen 1, 2, 3 und 4 entsprechen Fragen aus dem SCID-D, sind aber neu formuliert.

Die Operationalisierung des Konzepts der *Identitätskonfusion (identity confusion)* und *Identitätswechsel (Identity alteration)* ist fallen gelassen worden. Stattdessen gibt es ein Kapitel mit Fragen über Identitätsprobleme. Es wurden auch hier Fragen aus dem SCID-D im IDDTs aufgenommen, dies sind Fragen 2, 4, 5.

Wie im SCID-D gibt es einen anschließenden Abschnitt über dissoziative Persönlichkeitsanteile, aber die Fragen sind verschieden, und es gibt nur ein Kapitel. Dieser Abschnitt beinhaltet nur offene Fragen. Wichtig war hier, Suggestionen jeder Form zu vermeiden. Anschließend folgen Fragen für Patienten, die vor diesem Interview durch einen früheren Therapeuten /einer früheren Therapeutin erfahren haben, dass sie eine DIS haben oder die von sich aus überzeugt sind, dass sie eine DIS haben.

Wie beim SCID-D gibt es schließlich eine Bewertung des non- verbalen Verhaltens (während des Interviews), das das Vorhandensein einer dissoziativen Störung andeuten könnte. Neben diesen neuen Items umfasst dieser Abschnitt auch die folgenden SCID-D Items: 259, 265, 270 und 272.

VERWEISE AUF DEN SDQ-20 (NIJENHUIS ET AL, 1996)

Eine Reihe von Fragen wurden aus dem SDQ-20 mit eingeschlossen (z.T. neu formuliert). Bei *medizinischer / somatischer Vorgeschichte* wurden die Fragen 8d, 8e und 8f aus dem SDQ-20 genommen. Die zusätzlichen Fragen wurden schon von Boon and Draijer 1991 hinzugefügt. Frage 9 wurde nach einem Hinweis von E. Nijenhuis ergänzt. Der gesamte Bereich *Urologische Beschwerden* wurde eingefügt - Fragen 1 und 2 wurden auch aus dem SDQ-20 entnommen.

men der Selbstkonfusion zu ergründen. Dies wäre allerdings besonders relevant um insbesondere falsch-positive DIS-Diagnosen zu vermeiden.

Die Operationalisierung des Konzeptes des Identitätswechsels stellt auch ein Problem dar. Hier führt die Schwereskala zur Konfusion, da sie suggeriert, dass es logischerweise eine leichte, gemäßigte und schwere Form des Identitätswechsels gibt. Aufgrund ihrer Forschung haben Boon und Draijer immer argumentiert, dass diese Diagnose den Weg zur falsch-positiven Diagnose bahnt (speziell für Patienten und Patientinnen mit einer Cluster B Persönlichkeitsstörung ohne eine dissoziative Störung der Achse I). Entweder gibt es verschiedene Identitäten- auch dissoziative Persönlichkeitsanteile genannt (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2004, 2006) - oder es gibt sie nicht.

Zusätzlich sind eine Reihe von Fragen im Kapitel über Identitätswechsel recht suggestive. Weiter kommt hinzu, dass die Beispiele der Identitätswechsel, die im SCID-D enthalten sind, das typische dramatische und theatrale Bild der DIS bestätigen. (Z.B. S. 75 (260) "Debbie, Hausfrau, trägt normalerweise Freizeitkleidung. Manchmal trägt sie eine Ordenstracht, sagt, dass sie eine Nonne ist und nennt sich Mary". Dies steht nicht im Einklang mit dem aktuell bekannten Bild der DIS, bei dem deutlich ist, dass Patienten und Patientinnen im allgemeinen eher dazu neigen, ihre Auffälligkeiten und Persönlichkeitsanteile zu verheimlichen.

Als 2004 aufgrund einer Fusion der SCID-D vom holländischen Markt genommen wurde (da auch einige andere Diagnoseinstrumente hierfür zur Verfügung standen) entschied Boon gemeinsam mit Mattheß, die alte verkürzte Version von 1991 von Boon und Draijer anzupassen und mit der Erfahrung und den Erkenntnissen aus den vergangenen 15 Jahren dieses neue Diagnoseinstrument zu entwickeln. Das Interview für dissoziative Störungen und Traumabezogene Symptome (*The Interview for Dissociative Disorders and Trauma-related Symptoms (IDDTs)*) ist das Ergebnis dieser Zusammenarbeit.

Wie in der originalen Kurzversion von Boon und Draijer sind im Text des Fragebogens ausführliche Anleitungen enthalten, damit der Fokus bei genauerer Befragung verschiedener Symptome gezielt gesetzt werden kann.

Es werden Hinweise auf den SCID-D gegeben, wenn Fragen aus dem Originalinstrument auftreten. Falls Fragen aus anderen Fragebogen übernommen wurden, so werden diese auch zitiert. Zusätzlich wurden neue Fragen aufgenommen, die wichtig für die Differentialdiagnose sind.

Auch wenn eine große Reihe der Fragen bei der Validierung des oben erwähnten Forschungsprojektes mit den SCID-D verwendet wurden (Boon & Draijer, 1993), so ist das Interview in dieser neuen Form bisher noch nicht validiert worden.

Unser Dank gilt Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis für das Lesen und Kommentieren des Instruments.

Suzette Boon und Nel Draijer
August 2006

und Persönlichkeitsanteilen. Auch wenn es für jeden Kliniker, der häufig das SCID-D Interview benutzt, bei solchen Patienten und Patientinnen bald klar ist, dass die Antworten auf Fragen und die Beschwerdedarstellung sich in der Qualität stark von denen authentischer DIS-Fälle unterscheiden, bietet der SCID-D für weniger erfahrene und weniger ausgebildete Therapeuten trotzdem nur unzureichend Unterstützung.

Deswegen zeigte es sich, dass die zusätzlichen Fragen immer wichtiger für die Unterscheidung von DIS - Fällen von solchen mit imitierter DIS und von Patienten mit Cluster-B Persönlichkeitsstörungen sind (Boon & Draijer, 1995, 1999, 2003). Patienten, die DIS imitieren, sind sich nicht im Klaren über das komplexe Krankheitsbild von DIS-Patienten und über die Art und Weise, wie diese Patienten an allen möglichen Symptomen neben Amnesie und Persönlichkeitsanteilen leiden.

GRENZEN DES INSTRUMENTS

Der SCID-D soll das Vorhandensein und die Schwere von fünf verschiedenen Gruppen dissoziativer Symptome bewerten: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätskonfusion und Identitätswechsel. Diese Symptome werden über offene Fragen überprüft, Patienten und Patientinnen sollen Beispiele dieser Symptome mit eigenen Worten darstellen. Die Schwere des Symptoms wird über die Frequenz des Auftretens beurteilt.

Die Hauptbegrenzung des SCID-D ist vermutlich, dass die vorgegebene Skala für die Schwere der Symptomatik nicht genügend Handhabe bietet, um zwischen den qualitativ verschiedenen Formen von Amnesie, Depersonalisation, Derealisation und Identitätskonfusion zu differenzieren. Z.B. für die Amnesie ist es wichtig, eine genaue Unterscheidung zwischen verschiedenen Erinnerungsproblemen zu treffen, die einerseits im Kontext von andere psychiatrischen Erkrankungen oder von Stress und Überbelastung stehen und andererseits solchen, die bei dissoziativen Störungen auftreten. Bei der Depersonalisation (die im übrigen das häufigste psychiatrische Symptom nach Depression und Angst ist und die somit kein Unterscheidungsfaktor zwischen dissoziativen und anderen psychiatrischen Erkrankungen sein kann) ist eine genaue Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Arten von Absorptionsphänomenen (wie sich selbst in einem Buch oder Film verlieren oder dem Phänomen der „Autobahntrance“) und der pathologischen Depersonalisation vonnöten.

Die Konzeptualisierung der Identitätskonfusion als dissoziatives Symptom im SCID-D ist im Grunde genommen nicht richtig. Es gibt viele verschiedene Formen von Konfusion über die persönliche Identität, die nicht dissoziativ sein müssen. Identitätskonfusion kann *als Folge* des Vorhandenseins verschiedener Sub-Persönlichkeitsanteile bei DIS oder DDNOS Subtyp 1 auftreten, der SCID-D diskriminiert aber nicht deutlich genug zwischen der Qualität der verschiedenen Formen der Identitätskonfusion, die bei Persönlichkeitsproblemen, neurotischen Problemen und auch bei anderen Achse I-Diagnosen auftreten können. Zusätzlich gibt es nicht genügend Fragen für den / die Interviewer /in, um im Detail die For-

GRENZEN DES SCID-D ALS FOLGE DES DSM-IV (KLASSIFIKATION UND KRITERIEN)

- (a) Im DSM-IV werden die zu der Diagnose DIS gehörenden Erinnerungsprobleme ungenau definiert, nämlich als „Unfähigkeit, wichtige persönliche Daten zu erinnern, die zu ausgeprägt ist, um als normale Vergesslichkeit erklärt zu werden“. Der SCID-D erfragt Gedächtnisprobleme auf unterschiedliche Art, die sicherlich eine Verbesserung im Vergleich zum DSM-IV darstellt. Aber der SCID-D geht dann dazu über, nur einen Unterschied in der Frequenz der Gedächtnisprobleme zu machen, wobei differentialdiagnostisch gerade auch die qualitativen Unterschiede relevant sind (Boon & Draijer, 1993a, 1995).
- (b) Die Klassifikation der somatoformen dissoziativen Störungen wird zur Zeit sehr diskutiert. Im DSM-IV werden diese momentan unter den Somatisierungsstörungen klassifiziert. Folglich enthält der SCID-D keine Fragen über somatoforme dissoziative Symptome. Boon und Draijer fanden in einer Gruppe von 71 DIS-Patienten und Patientinnen viele psychosomatischen und Konversions-Symptome (Boon & Draijer, 1993 a&b). Neuere Forschungen von Nijenhuis und Kollegen über somatoforme dissoziative Symptome haben einen Großteil neuer Informationen über die Schwere und Häufigkeit dieser Symptome bei Patienten und Patientinnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung hervor gebracht. Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen psychoformen und somatoformen dissoziativen Symptomen (Nijenhuis et al, 1996, 1997, Nijenhuis, 1999/2004).
- (c) DIS (aber auch einige Untergruppen von DDNOS) ist eine „polysymptomatische“ Erkrankung und die Definition im DSM-IV, die hauptsächlich die Amnesie und Persönlichkeitsanteile hervorhebt, wird dem komplexen Bild der DIS nicht gerecht (Van Dyck, 1992; Boon & Draijer, 1993, 1995; Dell, 2006). Forschung mit dem SCID-D hat schon gezeigt, dass Patienten und Patientinnen mit DIS im allgemeinen ein *kohärentes Muster* schwerer dissoziativer Symptome haben, die mehr als nur Amnesie und Identitätswechsel umfassen. Der SCID-D umfasst jedoch nur unzureichende Fragen über die typischen Komorbiditäten, die auch als sekundäre Symptome bekannt sind (Draijer & Boon, 1996) und die speziell bei der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und den nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen (dissociative disorder not otherwise specified, DDNOS, DSM-IV 300.15 Subtyp 1) auftreten.

Fragen zu der Komorbidität können insbesondere hilfreich sein, ein klareres Bild bei Fällen von imitierter DIS zu erhalten. Seit 1995 bis heute wurden Boon und Draijer zunehmend um eine zweite Stellungnahme gebeten, wenn es um die Frage ging, ob eine DIS, eine imitierte DIS oder eine falsch positive Diagnose vorliegt. (Boon & Draijer, 1995, 2003; Draijer & Boon, 1999). Viele Patienten, die eine DIS imitieren oder die verunsichert wurden und damit begonnen haben, von sich zu glauben, dass sie eine DIS haben, geben „Lehrbuchbeispiele“ über das typische, teilweise durch die Medien verbreitete Bild einer DIS mit Erinnerungsproblemen

geeignet, zwischen den dissoziativen Störungen und anderen psychiatrischen Erkrankungen zu unterscheiden, in Hinblick auf ähnliche Erkrankungen wie der Borderline - Persönlichkeitsstörung sogar klar zu differenzieren. Die Untersuchung zeigte, dass Patienten und Patientinnen mit DIS im Allgemeinen ein *kohärentes Cluster* von schweren dissoziativen Symptomen aufweisen, die mehr als nur Amnesie und Persönlichkeitswechsel umfassen.

Viele hundert Interviews - zum Teil auf Video aufgenommen - stellten eine Informationsfülle über die klinische Darstellung von dissoziativen Störungen zur Verfügung, über Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei ähnlichen Erkrankungen, insbesondere den (komplexen) PTBS und den Persönlichkeitsstörungen.

Da das SCID-D nur Fragen über dissoziative Störungen nach der Beschreibung des DSM-III-R (später DSM-IV) umfasst, wurden schon 1988 eine Reihe von Fragen hinzugefügt, die die Comorbidität, speziell für die DIS- und die DDNOS-Diagnose betreffen. Diese umfassen (1) psychosomatische Beschwerden (Schmerz) und Konversionssymptome (somatoforme dissoziative Symptome); (2) Essstörungen; (3) Schlafprobleme; (4) Selbstschädigendes Verhalten; (5) Depression und Suizidalität und (6) Traumafolgestörungen (Boon & Draijer, 1993 a & b, 1995).

1991 wurde nachdem die beiden Vorstudien und der Hauptstudie abgeschlossen waren, eine Kurzversion des SCID-Ds für den klinischen Gebrauch entwickelt (Boon & Draijer, 1991 department of psychiatry Vrije Universiteit Amsterdam). Sie beinhaltete alle zusätzlichen Fragen über traumabezogene Comorbidität und die Fragen aus dem SCID-D, die für die Diagnose dissoziativer Störungen am besten diskriminierten und am relevantesten waren.

Der SCID-D wurde in den USA erst 1993 veröffentlicht (Steinberg, 1993, 1994a&b), kurz darauf die holländische Übersetzung durch Swets & Zeitlinger (Steinberg, 1994, Übers. Boon & Draijer). Das Manual wurde im Holländischen allerdings nicht publiziert.

1995 veröffentlichten Boon & Draijer das Buch "*Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*", [Screening und Diagnose Dissoziativer Störungen] ein klinisches Handbuch, das auf der Forschung mit dem SCID-D und dem DES in den Niederlanden basiert. Es enthält u.a. eine Reihe von Kapiteln mit den Aspekten, die speziell bei der Erfragung dissoziativer Symptome und für die Differentialdiagnose von Bedeutung sind. Es umfasst weiterhin Untersuchungsergebnisse der niederländischen Forschung und relevante klinische Beobachtungen qualitativer Unterschiede, hierzu gehören u.a. folgende Symptome: Gedächtnisprobleme, Depersonalisationssymptome und Identitätsprobleme. Zusätzlich beschreibt dieses Buch die ersten Fälle imitierter DIS und diskutiert die Risiken der Fehldiagnosen (falsch positiv und falsch negativ). Als Anhang findet sich eine Checkliste für weitere (psychoforme) dissoziative Symptome, die auch die schon oben erwähnten Fragen, wie in der holländischen Studie benutzt, enthält.

Seit 1995 bis heute ist es immer deutlicher geworden, dass der SCID-D auch Grenzen hat. Diese Grenzen können in zwei Kategorien unterteilt werden: solche durch unklarer Symptomklassifizierungen und Diagnosekriterien im DSM-IV und andere durch Grenzen des Instruments selbst..

EINLEITUNG:

Das Interview für Dissoziative Störungen und trauma-bezogene Symptome (IDSTS) ist ein halb-strukturiertes Interview zur Feststellung von dissoziativen Symptomen und Erkrankungen. Es beinhaltet auch Fragen über die komplexe post-traumatische Belastungsstörung und über die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Das Interview kann nur durch klinisch-arbeitende Psychotherapeuten durchgeführt werden, die in der Nutzung dieses Instruments geschult worden sind. Das Interview besteht aus mehreren Teilen. Nach Fragen zur Biographie und zur Arbeitssituation folgt ein Kapitel über körperliche Beschwerden und somatoforme dissoziative Symptome. Der Abschnitt danach beinhaltet Fragen über psychiatrische Symptome, die im Zusammenhang mit Traumatisierungen und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen können: Substanzmissbrauch, Essprobleme, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Angst- und Panikstörungen, selbstschädigendes Verhalten, Probleme in der Selbstwahrnehmung und dem Selbstbild, Probleme in Beziehungen zu anderen Menschen und mit der Sexualität. Schließlich folgt ein Kapitel mit Fragen über psychoforme dissoziative Symptome.

Im Anschluss an die Fragen über die jeweiligen Symptome validiert der Interviewer deren Häufigkeit und Schwere. Aufgrund des Inhaltes und der Art und Weise, wie der / die Patient /in die Beispiele vorgetragen hat, bewertet der / die Interviewer /in, in welchem Maße dissoziative Symptome oder andere trauma-bezogene Symptome bei dem / der Patient /in auftreten. Zusätzlich ist es erforderlich, die Frequenz der Symptome festzuhalten.

Im Text gibt es Instruktionen für den / die Interviewer /in, die die Kriterien der Beispiele betreffen, die in Hinblick auf Inhalt und auf die Art und Weise der Darstellung erfüllt sein müssen, um als dissoziatives oder anderes Symptom angenommen zu werden.

Es gibt ein Bewertungsformular für jedes einzelne Symptom, eins für die DSM-IV - Kriterien für dissoziative Störungen und ein weiteres für die ICD-10.

HINTERGRUND UND MOTIVATION:

1988 begannen S. Boon und N. Draijer mit einer systematischen Forschung über die Diagnostik dissoziativer Störungen, insbesondere der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS, ehemals Multiple Persönlichkeitsstörung) mit dem Ziel, die Validität der dissoziativen Störungen im DSM-IV (damals DSM III-R) zu untersuchen.

Hierzu wurden schon existierender amerikanischer Diagnoseinstrumente zusammengestellt und das *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D, Steinberg, 1985, 1993, 1994a&b) wurde als bestes Interview ausgewählt. Screening-Instrument war die Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986).

Das SCID-D wurde in den Niederlanden validiert und auf Reliabilität getestet (Boon & Draijer, 1991, 1993 a, b, c, 1995 a and b; Draijer & Boon, 1995, 1997). Es zeigte sich eine hervorragende Validität und Inter-Rater-Reliabilität. Er zeigt sich

Inhaltsangabe

EINLEITUNG:	3
HINTERGRUND UND MOTIVATION:	3
<i>GRENZEN DES SCID-D ALS FOLGE DES DSM-IV (KLASSIFIKATION UND KRITERIEN)</i> ...	5
<i>GRENZEN DES INSTRUMENTS</i>	6
<i>VERWEISE AUF DEN SCID-D UND DEN SDQ-20</i>	8
<i>VERWEISE AUF DEN SDQ-20 (NIJENHUIS ET AL, 1996)</i>	8
REFERENCES	9
TEIL 1	12
1 BIOGRAFISCHE DATEN.....	12
2 ARBEITSSITUATION.....	13
3 PSYCHIATRISCHE ODER PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG / VORGESCHICHTE.....	15
4 ALKOHOL; DROGEN UND MEDIKAMENTENEINNAHME	18
TEIL 2	21
KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN, SOMATOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME ALS ERWACHSENE	21
1 MEDIZINISCHE/SOMATISCHE VORGESCHICHTE.....	21
2 FÜR FRAUEN: GYNÄKOLOGISCHE BESCHWERDEN.....	26
3 UROLOGISCHE BESCHWERDEN; BESCHWERDEN BEIM STUHLGANG.....	27
4 KÖRPERLICHE BESCHWERDEN, SOMATOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME ALS KIND.....	29
TEIL 3 - (MÖGLICHE) TRAUMABEZOGENE SYMPTOME	32
1 ESSSTÖRUNGEN.....	32
2 SCHLAFSTÖRUNGEN.....	36
3 STIMMUNGSPROBLEME UND PROBLEME DER AFFEKTREGULATION.....	40
4 ANGST UND PANIK.....	52
5 SELBSTSCHÄDIGENDES / SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN.....	56
6 PROBLEME DER SELBSTWAHRNEHMUNG UND DES SELBSTBILDES	59
7 BEZIEHUNGSPROBLEME ZU ANDEREN MENSCHEN.....	62
8 PROBLEME MIT DER SEXUALITÄT	65
TEIL 4 - PSYCHOFORME DISSOZIATIVE SYMPTOME	68
1 PSYCHOGENE AMNESIE	68
2 DEPERSONALISATION.....	74
3 DEREALISATION.....	79
4 IDENTITÄTSPROBLEME.....	82
5 SCHNEIDERSCHE SYMPTOME.....	89
6 FRAGEN ÜBER (DISSOZIIERTE) PERSÖNLICHKEITSANTEILE.....	99
7 FRAGEN FÜR DIE SITUATION, DASS EINE DIS EVTL. IMITIERT WIRD (ODER FALSCH POSITIVE DIAGNOSE VON DRITTEN GESTELLT WURDE).....	102
8 NONVERBALES VERHALTEN; WELCHES AUF EINE DISSOZIATION WÄHREND DES INTERVIEWS HINWEIST	105
TEIL 5 - EVALUATION UND BEWERTUNG	106
1 ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE.....	106
2 DSM-IV DISSOZIATIVE STÖRUNGEN	110
3 AUSWERTUNG NACH ICD-10 DISSOZIATIVE ERKRANKUNGEN	111

IDSTS

**INTERVIEW FÜR DISSOZIATIVE STÖRUNGEN
UND TRAUMABEZOGENE SYMPTOME**

**SUZETTE BOON
NEL DRAIJER
HELGA MATTHEß**

2007