

VDS14-Psychischer Befund

Autoren: S. Sulz, W. Hiller, M. Zaudig

Anleitung:

VDS14-Syndrom: Die Symptome werden in 16 Symptomgruppen eingeordnet. Aus jeder dieser Symptomgruppen kann sich als Befund das Vorhandensein eines Syndroms ergeben. Am Ende jeder Symptomgruppe befindet sich deshalb eine abschließende Frage nach dem Vorhandensein des entsprechenden Syndroms.

Zu Beginn jeder Symptomgruppe wird eine Startfrage gestellt, die sinngemäß vorformuliert ist. Ergeben sich aus deren Beantwortung keine Hinweise auf das betreffende Syndrom, so kann zur nächsten Symptomgruppe weiter gegangen werden und die Startfrage zu dieser Symptomgruppe gestellt werden etc.

Symptome: Dabei reicht nicht die Ja-Antwort des Patienten, damit der Untersucher das Vorhandensein des Symptoms bejaht. Erst wenn der Untersucher sich vom Patienten seine Beschwerden durch Nachfragen beschreiben ließ und der Untersucher aufgrund dieser Beschreibung zum Urteil kommt, dass das Symptom vorhanden ist, bejaht er die Frage im VDS-Befund (durch einen Kreis um das „ja“).

Wenn Sie über diese einfache und schnelle Befunderhebung hinaus auch die Sicherheit des Vorhandenseins
oder den Schweregrad

- 9=unklar
- 0 = nicht vorhanden
- 1 = leicht ausgeprägt
- 2 = mittel ausgeprägt
- 3 = stark ausgeprägt

beurteilen wollen, so können Sie die entsprechende Zahl in die Klammer hinter dem nein / ja eintragen. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass Änderungen im Verlauf der Behandlung besser erfaßt werden können. Oft ist das Symptom nach der Behandlung nicht völlig verschwunden, aber deutlich reduziert, z.B. von stark (3) auf leicht (1) ausgeprägt. Durch Zusammenzählen der Zahlen können Sie auf diese Weise auch die Ausprägung eines Syndroms differenzierter festhalten.

Einige Symptome können nicht erfragt werden, sondern müssen aus dem Verhalten oder den Angaben des Patienten erschlossen werden. Diese Symptome sind durch das Wort „Arzt:“ gekennzeichnet, z.B.:

2. zerfahren Arzt: Pat. äußert Gedankenbruchstücke, nein / ja: 9 0 1 2 3

Das Vorliegen eines spezifischen Syndroms kann allerdings nicht aus der Zahl der Ja-Antworten des Untersuchers geschlossen werden. Es ist nur dann sinnvoll, das Vorhandensein eines Syndroms zu diagnostizieren, wenn es sich um eines der wenigen Syndrome handelt, deretwegen der Patient zur Untersuchung oder zur Behandlung kommt bzw. wenn es Ausdruck einer seit längerem bekannten oder vorhandenen eigenen Erkrankung ist.

Der zeitliche Beginn des Syndroms (ohne Exploration der Auslösesituation) kann meist hier schon festgelegt werden.

Einige Syndrome sind häufig sekundär (d.h. zeitlich eindeutig später als das primäre) - z.B. ein depressives Syndrom oder Alkoholmissbrauch bei einer chron. Angststörung. Dies sollte bereits hier vermerkt werden. Spätere Mehrfachdiagnosen verschleiern sonst wieder die Pathogenese.

1-Syndrom psychotisches Syndrom

Startfrage: Ich werde Ihnen einige Fragen stellen, die Ihnen ungewöhnlich vorkommen, aber wir stellen sie allen Patienten routinemäßig. Kam es in den zurück liegenden Wochen zu Ereignissen, deren Wahrnehmung Sie sehr beunruhigte und die Sie sehr ungewöhnlich empfanden, während andere Menschen glaubten, dass Sie sich täuschen bzw. dass es so etwas nicht gibt? Haben Sie z.B. eine Stimme gehört oder Leute gesehen oder haben sie irgendwelche Erscheinungen gehabt, die andere nicht wahrnehmen konnten? Haben Sie sich verfolgt oder beobachtet gefühlt? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie einige Beispiele.

Nachfrage (obligat): Hatten Sie solche Erlebnisse oder Symptome früher? (ggfalls.rechts neben der Tab. eintragen)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Wahn	Glauben Sie, dass viele oder manche Leute über Sie reden oder Sie gezielt beobachten oder Ihnen versteckte Botschaften zukommen lassen?	(0..1..2..3)
		() Haben Sie das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden, bestehen Verschwörungen gegen Sie?	
		() Haben Sie das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik?	
		() Haben Sie Angst, vergiftet zu werden?	
		() Werden Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes extra für Sie gemacht, vielleicht, um Ihnen auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln?	
		() Sind Sie anhaltend extrem eifersüchtig, ohne dass es nach Ansicht Ihres Partners einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt?	
		() Haben Sie das Gefühl, dass über Sie geredet wird?	
		() Haben Sie das Gefühl, dass zwischen Ihnen und einem anderen Menschen, mit dem Sie bisher nur wenig zu tun hatten, eine große Liebe besteht?	
		() Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Körper oder etwas in Ihrem Körper auf eine ganz außergewöhnliche Weise verändert hat? (Hinweise.:Unterscheide Körper-Wahn von Körper-Halluzinationen!)	
		() Gibt es eine wichtige Überzeugung, die Sie in letzter Zeit beherrscht hat? Welche? (z.B. religiöser Inhalt)	
2	Gefühl d. Gemachten	Werden Ihre Gedanken oder Handlungen von jemand anderem gemacht und in Sie hineingebracht? Wenn ja, beschreiben Sie es:	(0..1..2..3)
3	Wahnwahrnehmung	Beobachten Sie oder nehmen Sie Dinge wahr, die extra für Sie so sind oder ein Zeichen sein sollen? Wenn ja, beschreiben Sie es:	(0..1..2..3)
4	Zerfahrenes Denken, assoziative Lockerung	Beobachter: Pat. äußert durchgängig Gedankenbruchstücke, Satzfolgen ohne Zusammenhang	(0..1..2..3)
5	Neologismen	Beobachter: Der Pat. verwendet frei erfundene Begriffe, die für den Außenstehenden unverständlich bleiben	(0..1..2..3)
6	Manirismen	Beobachter: Pat. macht Bewegungen, Gesten, Gesichtsausdruck auffällig bizarr, maniert, (KEINE extrapyramidalen Bewegungsmuster)	(0..1..2..3)
7	Coenästhesien	Haben Sie in Ihrem Körper merkwürdige Erlebnisse? (Hinweis: bizarres Körpererleben, z.B. Frieren des Darmes)	(0..1..2..3)
8	Stimmen hören	Hören Sie Stimmen von Menschen, die nicht anwesend oder sichtbar sind?	(0..1..2..3)
		() Die Stimmen kommentieren mein Verhalten	
		() Die Stimmen sprechen miteinander über mich	
		() Die Stimmen kommen aus einem Teil meines Körpers	
		() Die Stimmen drohen mir	
		() Die Stimmen befehlen mir, etwas zu tun	
9	Inadäquat. Affekt	Beobachter: Der Pat. zeigt z.B. deutlich frohen Affekt (Lachen, Grinsen) bei eher betroffen oder traurig machenden Inhalten	(0..1..2..3)
10	flacher Affekt	Beobachter: Die geäußerten Gefühlsreaktionen sind extrem geringer als zu erwarten, es fehlen emotionale Schwingungen fast völlig	(0..1..2..3)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3			
11	Sonstige Halluzinationen	Hören oder sehen Sie äußere Dinge/Ereignisse, die andere nicht wahrnehmen können ?	(0..1..2..3)
		() Hören Sie Dinge oder Geschehnisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Sehen Sie Dinge oder Geschehnisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Riechen Sie Dinge oder Geschehnisse, die andere Menschen nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Schmecken Sie Dinge oder Geschehnisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Spüren Sie äußere Dinge oder Vorgänge auf der Haut, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, auf welche Weise. Beschreiben Sie diese kurz!	
		() Nehmen Sie in Ihrem Körper etwas wahr, das Ihnen sehr außergewöhnlich erscheint? (z.B. Schrumpfen des Gehirns)	
12	katatone Bewegungsstörung	Sind Arme und Beine manchmal willentlich schwer bewegbar?	(0..1..2..3)
		() Negativismus: Pat. macht ständig die gegenteilige Bewegung dessen, wozu er aufgefordert wird	
		() Haltungsstereotypie, z.B. flexibilitas cerea: Pat. hält eine Extremität sehr lange biegsam unbeweglich in einer Haltung	
		() Mutismus: Obwohl der Pat. alles hört und versteht, spricht er nicht, gibt auch nicht durch Mimik Antwort	
		() Erregungszustand: Pat. ist motorisch ungezielt sehr erregt	
		() Echolalie: spricht alles nach	
		() Echopraxie: macht Bewegungen des Gegenübers nach	
		() Rigidität: bei passiver Bewegung erfolgt von Seiten des Pat. ein unwillkürliches Dagegenhalten	
		() Stupor: Pat. verharrt evtl. stundenlang in völliger Bewegungslosigkeit	
		() Befehlsautomatismus: Pat. führt jede Handlung, um die man ihn bittet, sofort wie ein Automat aus	
13	Gedankenentzug	Haben Sie das Erlebnis, dass Ihre Gedanken plötzlich weg sind, als ob Sie Ihnen jemand entzogen hätte ?	(0..1..2..3)
14	Gedankenabreißen	Beobachter: Der Pat. bricht plötzlich mitten im Satz ab, als ob sein Gedankengang gesperrt, abgerissen sei. Auf Nachfrage beschreibt er es als Abreißen des Gedankens.	(0..1..2..3)
		() einfaches Gedankenabreißen	
		() mitten im Gedanken schiebt sich ein anderer Gedanke rein	
15	Gedankenausbreitung	Haben Sie das Erlebnis, dass sich Ihre Gedanken ausbreiten, so dass andere Menschen wissen, was Sie denken ?	(0..1..2..3)
16	Gedankeneingebung	Haben Sie das Erlebnis, dass Ihnen Gedanken von außen eingegeben werden, als ob es nicht Ihre eigenen sondern andere Gedanken waren?	(0..1..2..3)
17	Gedankenlautwerden	Kommt es vor, dass Sie Ihre Gedanken von außen hören können?	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht derzeit ein (schizophren-)psychotisches Syndrom****nein/ja****(0..1..2..3)**

- () paranoid-halluzinatorische Syndrom
 () hebephrenes Syndrom
 () katatones Syndrom
 () Residualsyndrom (setzt frühere akute schizophr. Psychose voraus)
 () schizoaffektives Syndrom

Genauere fallspezifische Bezeichnung:

Es bestand früher ein psychotisches Syndrom (Lifetime-Diagnose)**nein/ja****(0..1..2..3)**

2-Syndrom manisches Syndrom

Startfrage: Hat sich in letzter Zeit Ihre Stimmung anhaltend verbessert oder sind Sie öfter gereizt? Sind Sie viel aktiver geworden? Beschreiben Sie dies kurz.

Nachfrage (obligat): Gabe es früher Zeiten, in denen Sie auffallend gut gestimmt, tatenfreudig, selbstbewusst waren?

		<i>unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3</i>	
1	expansive Stimmung	Beobachter: Der Pat. ist inadäquatem Ausmaß unkritisch und ständig begeistert von beruflichen, zwischenmenschlichen, auch sexuellen Interaktionen	(0..1..2..3)
2	gehobene Stimmung	Sind Sie übermäßig gut gelaunt, übermäßig froh gestimmt, voller Euphorie?	(0..1..2..3)
3	Reizbare Stimmung	Fühlen Sie sich durchgängig sehr gereizt verstimmt? Müssen sich andere vor Ihnen in acht nehmen?	(0..1..2..3)
4	Ideenflucht und Gedankenjagen	Kommen Ihnen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so dass Sie kaum den einen Gedanken zu Ende denken können? Rasen Ihnen Gedanken so schnell durch den Kopf, dass Sie kaum nachkommen können?	(0..1..2..3)
5	gesteigertes Selbstwertgefühl	Haben Sie das Gefühl, außergewöhnlich wert zu sein, Wertschätzung zu verdienen?	(0..1..2..3)
6	Größenideen, Größenwahn	Können oder leisten Sie so viel wie kaum ein anderer Mensch? Sind Sie sehr bedeutend? Haben Sie ungewöhnlich große Fähigkeiten, evtl. übermenschliche Kräfte?	(0..1..2..3)
		() Es handelt sich um Größenideen, die aber (noch) zu keiner unbeirrbar Gewißheit geworden sind	
		() Es handelt sich um Größenwahn, d.h. um eine unkorrigierbare Überzeugung, an der unbeirrbar festgehalten wird	
7	Logorrhoe/Rede-drang	Sprechen Sie viel mehr als früher und als andere Menschen? Sprechen Sie in einem fort?	(0..1..2..3)
		() Sind Sie einfach viel gesprächiger geworden? Sprechen Sie viel mehr als früher?	
		() Sprechen Sie in einem fort? (Rededrang, Logorrhoe)	
8	Antriebssteigerung	Fühlen Sie sich viel voller an Energie und Unternehmungsgeist als früher?	(0..1..2..3)
9	Überaktivität	Sind Sie pausenlos aktiv, fast ruhelos, springen dabei oft zum nächsten Vorhaben?	(0..1..2..3)
10	übermäßige Sozialkontakte	Sind Sie viel geselliger geworden?	(0..1..2..3)
11	gesteigert. sex. Interesse	Ist Ihr sexuelles Interesse in letzter Zeit enorm angewachsen? Führt dies dazu, dass Sie wesentlich mehr sexuelle Kontakte haben?	(0..1..2..3)
12	verminderte Schlafbedürfnisse	Brauchen Sie jetzt viel weniger Schlaf als früher? z.B. nur noch 3 Stunden	(0..1..2..3)
13	expansiv/riskantes Verhalten	Haben Sie in letzter Zeit unverhältnismäßig mehr Geld ausgegeben/ Einkäufe gemacht als früher üblich? Sind dadurch Schulden oder riskante Situationen entstanden?	(0..1..2..3)
14	starke Ablenkbarkeit	Konzentrieren Sie sich nicht lang auf eine Sache, springen Sie schnell zur nächsten?	(0..1..2..3)
15	Distanzlosigkeit	Beobachter: Pat. überschreitet distanzlos die Grenzen sozialen Takts	(0..1..2..3)
16	geschärftes oder kreativeres Denken	Ist Ihr Denken außergewöhnlich geschärft oder kreativ geworden?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein manisches Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

() Hypomanie

() Manie mit synthymen psychot. Symptomen

() Manie mit parathymen psychot. Symptomen

() Manie mit schizoprenen. Symptomen (schizoauffektiv)

Es bestand früher ein manisches Syndrom (Lifetime-Diagnose)

Nein / Ja (0..1..2..3)

3-Syndrom: dementielles Syndrom/leichtere kognitive Störungen

Startfrage: Haben Sie in letzter Zeit große Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder mit Ihrer Orientierung?

Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. (Fremdanamnese !)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Gedächtnisstörungen	Vergessen Sie viel mehr als früher? Haben Sie große Gedächtnislücken? Fällt es Ihnen extrem schwer, sich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern?	(0..1..2..3)
2	Kurzzeitgedächtnis	Ich sage Ihnen jetzt 3 Begriffe. Ich bitte Sie diese 3 Begriffe zu merken. Ich werde Sie in 5-10 Minuten danach fragen. Die 3 Begriffe sind: Apfel - Tisch - Pfennig.	(0..1..2..3)
3	Immediatgedächtnis	Beobachter: z.B. 368491 nachsprechen oder 2710843. (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
4	Langzeitgedächtnis	Beobachter: z.B. Wann haben Sie geheiratet? Wann haben Sie bei Ihrer jetzigen/letzten Arbeitsstelle angefangen/aufgehört (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
5	Orientierungsstörungen	Beobachter: Wo sind Sie hier? Welches Jahr/welcher Monat, Tag ist heute? Wer bin ich? Ihr Alter? (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
		() die zeitl. Orientierung ist gestört (Datum)	
		() die örtliche Orientierung ist gestört (Wo sind Sie hier?)	
		() die situative Orientierung ist gestört (die Bedeutung der gegenwärtigen Situation)	
		wir in ihrem Sinn nicht erfaßt) Um was geht es hier?	
		() die Orientierung zur eigenen Person ist gestört (Name, Alter, Geburtsdatum,	
		Beruf, Ehestand, Zahl der Kinder, Wohnungsadresse)	
6	Einfluß auf psych. Funktionen i. Alltag	Beobachter: Fremdanamnese: Sind die Gedächtnisstörungen so schwer, dass die im Alltag erforderlichen psychischen Funktionen erheblich beeinträchtigt sind?	(0..1..2..3)
7	Auffassungsstörungen	Beobachter: Verstehen der Pat. sehr oft nicht (obwohl es akustisch gut zu hören war), was man ihm sagt? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
8	Konzentrationsstörungen	Hat Ihre Konzentrationsfähigkeit deutlich nachgelassen? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
9	Affektstarrheit	Bleiben Sie sehr lange an einem Gefühl hängen, kommen schwer wieder davon weg? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
10	Affektinkontinenz	Beobachter: Geringe Anlässe führen zu überschießenden oder einschießenden Gefühle, die der Pat. nicht beherrschen kann. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
11	Reizbarkeit	Beobachter: Geringe Anlässe führen beim Pat. zu einer gereizten Reaktion in Mimik, Gestik, Tonfall, Wortlaut oder Handeln. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
12	Apathie	Beobachter: Der Pat. wirkt apathisch, lethargisch. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
13	Vergröberung d. Sozialverhaltens	Beobachter: Der Pat. wirkt in seinem Sozialverhalten vergrößert. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein dementielles Syndrom/leichte kognitive Störungen **Nein / Ja (0..1..2..3)**

Hinweis: Viele Menschen fühlen sich nicht leistungsfähig, haben aber kein dementielles Syndrom. Nur die Angaben des Beobachters zählen!

4-Syndrom: delirantes Syndrom

Startfrage: Beobachter: Befindet sich der Pat. in letzter Zeit in ungewöhnlich veränderten Bewußtseinszuständen? (Fremdanamnese !) Wirkt er während der Befunderhebung schwer ansprechbar, abwesend?

unklar 9 nicht vorhanden 0
leicht ausgeprägt 1 mittel ausgeprägt 2 stark ausgeprägt 3

1	Bewußtseinsstörungen	Beobachter: Der Pat. wirkt schwer ansprechbar, abwesend. Hinweis: Weitergehen zum nächsten Syndrom, falls diese Frage verneint wird.	(0..1..2..3)
2	Benommenheit	Beobachter: Der Pat. wirkt nicht bewußtseinsklar, schläfrig.	(0..1..2..3)
3	Konfabulationen	Beobachter: Der Pat. füllt Gedächtnislücken durch erfundene Antworten aus. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
4	Affektinkontinenz	Beobachter: Geringe Anlässe führen zu überschießenden oder einschießenden Gefühle, die der Pat. nicht beherrschen kann. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
5	Immediat- und Kurzzeitgedächtnis	Der Pat. kann unmittelbar Aufgenommenes nicht wiedergeben (Immediatgedächtnis) bzw. hat ein beeinträchtigtes Kurzzeitgedächtnis. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
6	Perseverationen	Beobachter: Der Pat. bleibt bei einer Aussage hängen, wiederholt sie mehrfach. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
7	Antriebsarmut	Beobachter Der Pat. wirkt verlangsamt () Pat. zeigt verlängerte Reaktionszeit () Pat. zeigt verminderten Redefluß () Pat. zeigt verminderte Aktivität	(0..1..2..3)
8	Antriebssteigerung	Beobachter: Der Pat. wirkt antriebsgesteigert () Pat. zeigt verkürzte Reaktionszeit () Pat. zeigt vermehrten Redefluß () Pat. zeigt vermehrte Aktivität	(0..1..2..3)
9	Verwirrtheit	Beobachter: Der Pat. wirkt wie im Traum, sich in einer anderen unrealen Situation befindend. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
10	Desorientierung	Beobachter: Der Pat. weiß nicht, wo er ist, wie er hierherkam, wozu er hier ist. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
11	Opt. Halluzinationen	Sehen Sie Dinge, die andere anwesende Menschen nicht sehen können? Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms vorkommend.	(0..1..2..3)
12	Wahn	Beobachter: Der Pat. ist unkorrigierbar von einem objektiv falschen Sachverhalt überzeugt. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
13	Erregung	Beobachter: Der Pat. wirkt in unnachvollziehbarem Ausmaß erregt. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
14	Apathie	Beobachter: Der Pat. wirkt sehr apathisch. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
15	Schreckreaktion	Beobachter: Der Pat. ist auffallend schreckhaft. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
16	Schlaf-Wach-Rhythmus	Beobachter: Der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört () Es besteht Schlaflosigkeit () Es besteht Schläfrigkeit am Tage, nachts wach () Es besteht eine Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus () Es bestehen Alpträume, die in wachem Zustand zu Halluzinationen oder Illusionen werden	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein delirantes Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

Hinweis: Kein Psychotherapiepatient erfüllt diese Kriterien, höchstens durch Entzugssymptome bei Alkohol- oder anderer Abhängigkeit.

5-Syndrom: depressives Syndrom

Startfrage: Haben Sie sich in letzter Zeit durchgehend oder öfters niedergeschlagen, bedrückt oder traurig gefühlt, können Sie das kurz beschreiben? Geben Sie einige Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Niedergeschlagenheit	Fühlen Sie sich traurig und niedergeschlagen?	(0..1..2..3)
2	Häufiges Weinen	Müssen Sie sehr häufig weinen?	(0..1..2..3)
3	Hoffnungslosigkeit	Haben Sie sich öfters hoffnungslos gefühlt oder die Hoffnung verloren?	(0..1..2..3)
4	Insuffizienzgefühl	Glauben Sie, dass Sie zu den für Sie wichtigen Tätigkeiten nicht in der Lage sind?	(0..1..2..3)
		() Verlust des Selbstvertrauens, des Selbsteffizienzgefühls	
		() Verlust des Selbstwertgefühls	
5	Selbstabwertung	Haben Sie sich wertloser gefühlt, weniger wert als andere Menschen?	(0..1..2..3)
6	Erschöpfbarkeit	Vielleicht haben Sie sich schneller matt, müde oder erschöpft gefühlt als früher?	(0..1..2..3)
7	Antriebsverlust	Haben Sie weniger Antrieb, fällt es Ihnen schwerer, in die Gänge zu kommen, müssen Sie sich sehr stark überwinden oder aufraffen etwas zu tun?	(0..1..2..3)
8	Verlangsamung, Hemmung	Beobachter: Der Patient ist psychomotorisch verlangsamt, gehemmt	(0..1..2..3)
9	Interessenverlust	Haben Sie das Interesse oder die Freude an vielen Dingen verloren?	(0..1..2..3)
10	sozialer Rückzug	Haben Sie sich zunehmend von anderen Menschen oder von Aktivitäten zurückgezogen?	(0..1..2..3)
11	verminderte Gesprächigkeit	Wurden Sie einsilbiger, fällt es Ihnen schwerer, sich mit anderen zu unterhalten?	(0..1..2..3)
12	Libidoverlust	Haben Sie weniger Spaß oder Verlangen nach Sexualität, oder ist Ihnen das alles egal?	(0..1..2..3)
13	Selbstvorwürfe	Machen Sie sich wiederholt Vorwürfe und quälen Sie diese Vorwürfe?	(0..1..2..3)
14	Schuldgefühle	Haben Sie das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben und deswegen schuldig zu sein?	(0..1..2..3)
15	Innere Unruhe	Fühlen Sie sich innerlich unruhig?	(0..1..2..3)
16	Unruhe, Agitiertheit	Beobachter: Ist der Pat. agitiert, psychomotorisch unruhig?	(0..1..2..3)
17	Jammern	Beobachter: Der Patient wirkt sehr jammern und klagsam.	(0..1..2..3)
18	Verlangsamung, Antriebshemmung	Geht Ihr Denken und Handeln langsamer und schwerer voran als früher? Haben Sie weniger Antrieb, fällt es Ihnen schwerer in die Gänge zu kommen, müssen Sie sich sehr stark überwinden oder aufraffen?	(0..1..2..3)
		() Verlangsamtes Denken	
		() Verlangsamtes Handeln	
		() Antriebshemmung: Komme nicht in Schwung	
19	Grübeln	Grübeln Sie mehr als früher über unangenehme Dinge, so dass Sie sich weniger mit anderen Dingen beschäftigen können?	(0..1..2..3)
20	Schlafstörungen	Welche der angegebenen Schlafstörungen haben Sie?	(0..1..2..3)
		() Einschlafstörungen	
		() Durchschlafstörungen	
		() sehr frühes Aufstehen	
		() vermehrtes Schlafen	
21	Appetit vermindert	Führte Ihre depressive Verstimmung zu einer Appetitverminderung oder -vermehrung ?	(0..1..2..3)
		() Appetitverminderung ohne Gewichtsverlust	
		() Appetitverminderung mit Gewichtsverlust (mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat)	
22	Appetit vermehrt	Führte Ihre depressive Verstimmung zu einer Appetitvermehrung ?	(0..1..2..3)
		() Appetitvermehrung ohne Gewichtszunahme	
		() Appetitvermehrung mit Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat)	
23	Zukunftsangst	Haben Sie Angst davor, was die Zukunft bringen wird, bzw. dass Sie alles nicht schaffen werden ?	(0..1..2..3)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3		
24	Tagesschwankungen	Ist Ihre Stimmung täglich oder fast täglich zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends)? (0..1..2..3)
		() morgens schlechtere Stimmung
		() abends schlechtere Stimmung
		() zu einer anderen Zeit. Bitte machen Sie nähere Angaben:
25	Suizid-/Todesgedanken	Denken Sie manchmal daran, tot zu sein oder es wäre besser tot zu sein? (0..1..2..3)
26	Suizidtendenzen	Haben Sie sich schon mal vorgenommen, sich das Leben zu nehmen? (0..1..2..3)
27	Suizidversuche	Haben Sie kürzlich versucht, sich das Leben zu nehmen? (0..1..2..3)
28	Suizidvers. wie?	Beschreiben Sie bitte den Suizidversuch. Was haben Sie konkret getan ? (z.B. Einnahme von Schlaftabletten, Aderlaß, etc.)
29	Konzentrations-schwäche	Führt Ihre Verstimmung zu Konzentrationsschwäche? (0..1..2..3)

Nachfrage zu rezidivierenden depressiven Episoden:

Hatten Sie früher, vor der jetzigen Erkrankung Zeiten, in denen Sie so niedergeschlagen bzw. depressiv waren, dass deswegen Behandlung aufsuchten oder hätten aufsuchen müssen? Beschreiben Sie das kurz.

Nein / Ja

Nachfrage zu bipolarem Verlauf:

Gab es früher umgekehrt Zeiten, in denen Sie auffallend gut gestimmt und sehr unternehmungsfreudig, selbstbewusst waren (auch wenig Schlaf brauchten, schnell denken und sprechen konnten)?

Nein / Ja

Nachfrage zu Dysthymie:

Liegen **mindestens drei** der folgenden **Symptome** vor? (Bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| 1. Verminderter Antrieb oder Aktivität | 7. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung |
| 2. Schlaflosigkeit | 8. Erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden |
| 3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl der Unzulänglichkeit | 9. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit |
| 4. Konzentrationsschwierigkeiten | 10. Sozialer Rückzug |
| 5. Neigung zum Weinen | 11. Verminderte Gesprächigkeit |
| 6. Verlust des Interesses oder der Freude an der Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten | |

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Handelt es sich bei den Symptomen **langandauernde oder häufig wiederkehrende** depressive Verstimmung, die dabei nur selten den Schweregrad einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode erreicht?

(Zusammenhängende symptomfreie Episoden von mehreren Tagen oder Wochen sind möglich)

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Liegen die Symptome seit einer Periode von **mindestens zwei Jahren** vor?

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Waren während dieser Zeit nur sehr selten die Kriterien einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode erfüllt, so daß **eine rezidivierende depressive Störung (F33) ausgeschlossen** werden kann?

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Liegen neben der Verstimmung auch **milde** depressive Symptome in den Bereiche **Antrieb, Aktivität und Vitalgefühl** vor? (Häufig sind diese leichter zu erfassen, als die depressive Verstimmung selbst)

() JA () NEIN Weiter, auch wenn diese Frage nicht bejaht wurde:

Ist die Fähigkeit alltäglichen Anforderungen Folge zu leisten **nur geringfügig eingeschränkt**?

() JA () NEIN Weiter, falls ja → **Dysthymia liegt vor**

Ergebnis:

Es besteht ein depressives Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

() Depression ohne somatische Symptome

() Depression mit somatischen Symptomen

() Dysthymie

Verlauf:

() rezidivierendes depressives Syndrom

() Depression im Rahmen einer bipolaren Erkrankung

6-Syndrom 6: Angst-Syndrom

Startfrage: Haben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle oder anhaltende Angst oder Angst vor bestimmten Situationen, Dingen, Ereignissen ? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Angst	Haben Sie öfter oder intensiver oder anhaltender als früher Angst? Bitte beschreiben Sie dies:	(0..1..2..3)
2	plötzliche Angstattacken	Haben Sie spontan und plötzlich auftretende Angstattacken ohne erkennbare Auslöser?	(0..1..2..3)
		() Tritt die Angst spontan, unabhängig von einer spezifischen Situation auf, ist nicht vorhersehbar?	
		() Ist die Angst unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen?	
		() Ist die Panikattacke ein einzelner umschriebener, abgrenzbarer Zustand?	
		() Beginnt die Panikattacke abrupt?	
		() Wird die Angst nach weniger Minuten am größten und dauert einige Minuten bis maximal wenige Stunden?	
3	phobische Ängste	Haben Sie Angst in bestimmten Situationen, z.B. Verkehrsmitteln wie U-Bahn, Kaufhäusern, Menschenmengen, Tunnels, Brücken?	(0..1..2..3)
		() Haben Sie Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind?	
		() Haben Sie Angst auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen?	
		() Haben Sie Angst, alleine zu verreisen?	
		() Haben Sie Angst vor Reisen, die Sie weit von zu Hause wegführen, auch wenn Sie in Begleitung verreisen?	
		() Haben Sie Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme)?	
		() Haben Sie Angst vor Abgründen, Höhenangst ?	
		() Vermeiden Sie so oft es geht, diese Situationen (auch evtl. nächster Punkt) ?	
		() Gibt es ähnliche, bisher nicht genannte Situationen, in denen Sie Angst haben? Beschreiben Sie dies unten näher:	
4	soziale Angst	Haben Sie Angst vor oder in bestimmten sozialen Situationen wie Einladungen, Besprechungen, Restaurants? Fürchten Sie, dass Sie sich peinlich verhalten, sich lächerlich machen, kritisiert werden?	(0..1..2..3)
		() Haben Sie Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen?	
		() Haben Sie Angst, in diesen Situationen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?	
		() Fürchten Sie, sich peinlich zu verhalten, sich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden?	
		() Vermeiden Sie, so oft es geht, diese Situationen?	
5	andere spezifische Ängste	Haben Sie Angst vor Hunden, Katzen, Pferden, Spinnen, Schlangen, Messern, Spritzen, Gewitter oder ähnlichem bzw. anderem?	(0..1..2..3)
		() Haben Sie Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen? Welchen?	
		() Haben Sie Angst vor Naturgewalten wie Donner, blitz, Sturm, Wasser? Wovor genau?	
		() Haben sie Angst vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen? Wovor genau?	
		() Haben Sie Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt?	
		() Vermeiden Sie, so oft es geht, diese Dinge oder Situationen?	
		() Haben Sie Angst in oder vor anderen nicht genannten spezifischen	

		Objekten? Welchen?	
6	generalisierte Angst	Sind Sie in ständiger Anspannung, Besorgnis, Angst - in und vor allen möglichen alltäglichen Situationen oder Ereignissen?	(0..1..2..3)
7	Angst wovor?	Wenn sie Angst haben, wovor fürchten Sie sich genau ? Dass was genau geschehen könnte ?	
		() Ich habe Angst, dass ich sterbe	
		() Ich habe Angst, dass ich ohnmächtig werde	
		() Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle über mich verliere	
		() Ich habe Angst, dass ich verrückt werde	
		() Ich habe Angst, dass ich körperliche Symptome wie Herzrasen bekomme und diese nicht mehr beherrschen kann	
		() Ich habe Angst, dass ich eine unheilbare Krankheit habe	
		() Ich habe Angst, (dass folgendes geschieht, z.B. "mich mit meinem Vorgesetzten zu konfrontieren"):	
		
8	Schwitzen	Ist Ihre Angst begleitet von Schwitzen oder Hitzewallung? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
9	Atemnot	Ist Ihre Angst begleitet von Atemnot oder Beklemmungsgefühlen? Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
10	Pulsrasen	Ist Ihre Angst begleitet von Pulsrasen oder Herzklopfen oder Herzklopfen? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
11	Brustbeschwerden	Geht Ihre Angst mit Schmerzen oder Missempfinden im Brustkorb einher? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
12	Mundtrockenheit	Ist Ihre Angst begleitet von Mundtrockenheit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
13	Schwindel	Ist Ihre Angst begleitet von Schwindelgefühlen, Benommenheit, Schwächegefühl oder Unsicherheit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
14	Harn/Stuhldrang	Ist Ihre Angst begleitet von Harn- oder Stuhldrang? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
15	Übelkeit	Ist Ihre Angst begleitet von Übelkeit oder haben Sie Angst, zu erbrechen? Haben Sie Missempfindungen im Bauch? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
16	kalte Akren/Kälte	Ist Ihre Angst begleitet von kalten Fingern, Händen oder Füßen? Oder kommt es zu Kälteschauern? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
17	Zittern, Beben	Ist Ihre Angst begleitet von Zittern oder Beben? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
18	Muskelverspannung	Ist Ihre Angst begleitet von Verspannungen bzw. Steifigkeit der Muskulatur? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
19	Hyperventilation	Ist Ihre Angst begleitet von Kribbeln in Fingerspitzen, Füßen oder um den Mund herum oder zu Gefühllosigkeit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
20	Erröten	Leiden Sie unter extrem häufigem Erröten? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein Angst-Syndrom.****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- () phobisches Angstsyndrom
 () soziophobisches Angstsyndrom
 () Paniksyndrom
 () generalisiertes Angstsyndrom
 () weiteres Angstsyndrom:

Spezifizieren Sie das Syndrom. Sie können eine weitere Spezifizierung eintragen.

7-Syndrom 7: Weitere Syndrome, unspezifische Symptome

Startfrage: Eine Startfrage, deren Verneinung ein Übergehen des Syndroms ermöglicht, gibt es hier nicht. Es müssen alle Fragen gestellt werden.

Sie können zuvor folgenden Hinweis geben: Jetzt stelle ich Ihnen einige sehr gemischte Fragen.

unklar 9..... nicht vorhanden 0.... leicht 1.... mittel 2.... stark 3

1	Depersonalisation	Fühlen Sie sich unwirklich, fremd, kein Mensch, nicht richtig da?	(0..1..2..3)
2	Derealisation	Erscheint Ihnen die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt, farblos, stumpf, wie im Theater, wo alles nur gespielt wird?	(0..1..2..3)
3	Vorbeireden	Beobachter: Die Antworten des Pat. beziehen sich meist nicht auf die gestellte Frage	(0..1..2..3)
4	Misstrauen	Sind Sie misstrauisch, entdecken Sie gegen Sie gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell?	(0..1..2..3)
5	fehlende Affektwahrnehmung	Beobachter: Der Pat. hat kein wahrnehmbares Gefühlsleben, keinen Kontakt zu seinen Gefühlen	(0..1..2..3)
6	Ambivalenz	Haben Sie zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne sich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können?	(0..1..2..3)
7	motorische Unruhe	Beobachter: Der Patient ist in ständiger unruhiger Bewegung	(0..1..2..3)
8	Mutismus	Beobachter: Der Pat. spricht mit niemanden, erweckt aber den Eindruck, als ob er alles verstehen würde	(0..1..2..3)
9	Müdigkeit	Fühlen Sie sich ständig müde, ohne dass Sie zu wenig geschlafen haben?	(0..1..2..3)
10	Erschöpftheit/ Neurasthenie	Ich fühle mich ständig erschöpft und kraftlos, obgleich ich keine erschöpfende Tätigkeit hinter mir habe	(0..1..2..3)
		() Haben Sie ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung?	
		() Können Sie sich von dieser Erschöpfung bzw. Müdigkeit nicht durch normale Ruhe- und Entspannungszeiten erholen?	
		() Leiden Sie zusätzlich unter akuten oder chronischen Muskelschmerzen oder Benommenheit oder Spannungskopfschmerz oder Schlafstörung oder Unfähigkeit zu entspannen oder Reizbarkeit?	
11	Schlafstörungen	Leiden Sie auch unabhängig von einer evtl. Depression oder Angsterkrankung unter Schlafstörungen?	(0..1..2..3)
		() Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen	
		() ständiges Schlafbedürfnis und häufiges Einschlafen am Tage	
		() Schlafwandeln	
		() nächtl. Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung	
		() Alpträume	
		() verschobener Schlaf-Wach-Rhythmus, so dass zu Zeiten geschlafen wird, an denen andere wach sind und umgekehrt	
12	Verhaltensrituale	Beschreiben Sie Ihre Verhaltensrituale:	(0..1..2..3)
13	Verhaltensstörungen	Haben Sie Verhaltensstörungen, unter denen Sie leiden?	(0..1..2..3)
		() drangvoll-zwanghaftes Stehlen (Kleptomanie)	
		() dranghaft-zwanghaftes Spielen (Spielsucht)	
		() dranghaft-zwanghafte Brandstiftung (Pyromanie)	
		() dranghaft-zwanghaftes Haare ausreißen (Trichotillomanie)	
		() dranghaft-zwanghaftes Kratzen, Ausquetschen d. Talgdrüsen	
		() Nägelkauen	
		() Selbstverletzung/sich selbst schneiden	
		() andere Verhaltensstörungen, die Sie nicht abstellen können:	
14	Bruxismus	Knirschen Sie nachts mit den Zähnen (spricht Sie evtl. Zahnarzt oder Bettnachbar darauf an?)	(0..1..2..3)
15	Tics	Machen Sie unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können?	(0..1..2..3)
16	Tic welcher?	Geben Sie bitte an, an welchen Körperteilen der Tic auftritt und welche Bewegung auftreten: Körperteil: Bewegungen:	

17	Stottern	Haben Sie Sprechstörungen in Form von Stottern?	(0..1..2..3)
18	Poltern	Haben Sie Sprechstörungen in Form von Poltern ? (schnelles Sprechen mit Hängenbleiben im Sprachfluß, ohne Wiederholungen und ohne Verzögerungen)	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein Hinweis auf ein weiteres Symptom/Syndrom****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- ☐ Depersonalisation, Derealisation
☐ Neurasthenisches Syndrom
☐ Schlafstörungen
☐ Verhaltensstörungen

..... (Bitte geben Sie das Symptom/Syndrom genau an)

Syndrom 8: aggressiv-impulsives Syndrom

Startfrage: Sind Sie seit einiger Zeit öfter und intensiver gereizt, ärgerlich oder wütend ? Fällt es Ihnen schwerer, diese Gefühle unter Kontrolle zu halten ? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Aggressivität	Reagieren Sie wütender, zorniger, sarkastischer als früher?	(0..1..2..3)
2	aggressive Impulsstörung	Können Sie Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggr. Ausbrüche, Handgreiflichkeit)	(0..1..2..3)
3	Selbstbeschädigung	Verletzen Sie sich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst?	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein aggressiv-impulsives Syndrom.****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- ☐ aggressiv-impulsives Syndrom mit Fremdbeschädigung
☐ aggressiv-impulsives Syndrom mit Selbstbeschädigung

Syndrom 9: Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten)

Startfrage: Hat sich in Ihrer Sexualität eine Störung eingestellt? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	verminderte Sexualität	Hat Ihr sexuelles Interesse deutlich nachgelassen?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Ich suche weniger nach sexuellen Reizen	
		<input type="checkbox"/> Ich denke seltener an Sexualität	
		<input type="checkbox"/> Wenn ich an Sex denke, verspüre ich weniger sexuelles Verlangen oder sexuelle Erregung	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger sexuelle Phantasien	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse an Selbstbefriedigung	
2	Sexualstörung	Leiden Sie unter einer spezifischen sexuellen Störung?(wie unter den nächsten drei Punkten beschrieben)	(0..1..2..3)
3	Sex.störg. welche? Funktionsstörungen	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört:	
		<input type="checkbox"/> zu wenig Lust auf Sexualität	
		<input type="checkbox"/> zu viel Lust auf Sexualität	
		<input type="checkbox"/> Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, Erektionsstörung	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, Ejakulationsstörung	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, vermindertes Lustgefühl beim Akt, fehlende vaginale Feuchtigkeit (Lubrikation)	
		<input type="checkbox"/> gestörter Orgasmus (zu früh, zu spät, gar nicht)	
		<input type="checkbox"/> Missempfindungen, Schmerzen oder Verkrampfung beim Akt (Vaginismus, Dyspareunie)	
4	Sex.störg. welche? Ident.störg., Variationen	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört	
		<input type="checkbox"/> Transsexualität	
		<input type="checkbox"/> Transvestismus	
		<input type="checkbox"/> Fetischismus	
		<input type="checkbox"/> Exhibitionismus	
		<input type="checkbox"/> Voyeurismus	
		<input type="checkbox"/> Sadismus	
		<input type="checkbox"/> Masochismus	
		<input type="checkbox"/> weitere Variationen:	
		
5	Sex.störg. welche? Sex. Delinquenz	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört	
		<input type="checkbox"/> Inzest	
		<input type="checkbox"/> Pädophilie	
		<input type="checkbox"/> Vergewaltigung, sexualaggressive Handlungen	

Ergebnis:**Es besteht eine Sexualstörung****Nein / Ja (0..1..2..3)**

☐ sex. Funktionsstörung ☐ sex. Identitätsstörung ☐ sex. Variation
☐ keine/andere: Genaue fallspezifische Bezeichnung (z.B. Vaginismus)
Spezifizieren Sie das Syndrom oder wählen Sie "keine/andere".

Syndrom 10: Zwangs-Syndrom

Startfrage: Müssen Sie aus einem Zwang heraus Handlungen oder Gedanken immer wieder durchführen und schaffen es nicht, diese zu unterlassen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Zwänge	Leiden Sie unter Zwängen wie Kontrollieren, Ordnen, Putzen, Waschen, Zählen, Wiederholen, anderen Zwängen (Ich mache das ohne es zu wollen und ohne dass jemand mich zwingt)	(0..1..2..3)
		() Ich tue/denke es öfter/mehr als ich will und empfinde Art und Ausmaß als sinnlos bzw. quälend	
		() Ich versuche damit aufzuhören oder es nicht zu beginnen und schaffe es aber nicht, dagegen anzukommen	
		() Ich weiß, dass ich selbst bzw. etwas in mir den Zwang produziert	
2	Zwänge, wie?	Beschreiben Sie, in welcher Form die Zwänge auftreten	
		() Es bestehen Zwangsgedanken	
		() Es besteht zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen	
		() Es bestehen Zwangshandlungen	
		() Es bestehen Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun)	
3	Zwänge, welche?	Die Zwänge (Handlungen bzw. Gedanken) geschehen	
		() als Ordnen	
		() als Waschen oder Putzen/Reinigen	
		() als Kontrollieren	
		() als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht)	
		() als Rituale	
		() als:	
4	Zwangsgedanken:	Leiden Sie unter Gedanken, die sie als unsinnig oder übertrieben und quälend empfinden und die Sie nicht haben möchten?	
		Welche Art von Zwangsgedanken?.....	
		Waren es Gedanken, die Ihnen Angst machten oder sie in Anspannung versetzten wie zum Beispiel jemanden zu verletzen, sich zu kontaminieren, oder jemanden anzustecken?	
		Versuchten Sie die Gedanken zu unterdrücken?	
5	Zwangshandlungen:	Müssen Sie manche Dinge immer wieder tun wie zum Beispiel die Hände waschen, Kontrollieren oder Gegenstände in einer bestimmten Art und Weise zu ordnen? Oder müssen Sie Dinge zählen oder bestimmte gedankliche Rituale ausführen?	
		Welche Art von Zwangshandlungen?.....	
		Kommt es zu Anspannung oder Angst, wenn Sie dies nicht ausführen können?	
		Empfinden Sie die Handlungen als übertrieben oder unsinnig?	
		Haben Sie schon versucht die Handlungen zu unterlassen?	
		Ist Ihr Alltag durch die sich aufdrängenden Gedanken oder durch die Zwangshandlungen beeinträchtigt?	

Ergebnis:**Es besteht ein Zwangs-Syndrom****Nein / Ja (0... 1... 2... 3)**

- () Zwangsgedanken und -grübeln
 () Zwangshandlungen
 () beides

Syndrom 11: Alkoholabhängigkeits oder -missbrauchssyndrom

Startfrage: Haben Sie einen viel zu hohen Alkoholkonsum bzw. behaupten dies Personen, die ständig mit Ihnen beruflich oder privat zu tun haben? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. Auch dann weiterfragen, falls der Pat. dies verneint und fremdanamnestic Hinweise vorliegen.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Alkoh.missbrauch	Trinken Sie viel alkoholische Getränke?	(0..1..2..3)
2	Alk. wieviel?	Geben Sie bitte die tägliche Alkoholmenge in Litern (z.B. "1.5" Liter bei 3 Flaschen Bier) an:	
		Bier:	
		Wein:	
		Schnaps:	
		Sonstiges:	
3	Alk. wann?	Zu welcher Tageszeit trinken Sie Alkohol ?	
		() morgens	
		() mittags	
		() nachmittags	
		() abends	
4	Alk.situation	Geben Sie bitte an, in welchen Situationen Sie trinken:	
		
5	Alkoholabhängigkeit	Sind Sie körperlich und psychisch abhängig von Alkohol?	(0..1..2..3)
		() Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muß einfach trinken (craving)	
		() Ich kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe (Kontrollverlust)	
		() Ich trinke oft, um beginnende Entzugssymptome zum Verschwinden zu bringen (Antrinken gegen Entzug)	
		() Seitdem ich regelmäßig trinke, vertrage ich die vielfache Menge Alkohol (Toleranzentwicklung)	
		() Seitdem ich regelmäßig trinke, verfolge ich weniger Freizeitinteressen, pflege weniger Kontakt zu Freunden, außer Trinkfreunden (Vernachlässigung anderer Bereiche)	
		() Trotz mehrfacher körperlicher Folgekrankheiten trinke ich weiter	
		() Ich trinke oft mehr oder über längere Zeit als beabsichtigt	
		() Trotz meines anhaltenden Wunsches bzw. wiederholter Versuche, die Alkoholmenge zu verringern, bleibe ich bei meiner Konsummenge	
6	Entzugssymptome	Kommt es bei einer Unterbrechung der Einnahme von Alkohol zu Entzugserscheinungen, so dass Sie möglichst schnell das Getränk wieder zu sich nehmen müssen ?	(0..1..2..3)
		() Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen	
		() Diese Entzugssymptome verbessern sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol	
		() Andere, zum Beispiel Angst, Schreckgefühle, extreme Unruhe, Zittern, Schmerzen, Übelkeit, Depressivität, Krampfanfälle, Schlafstörungen, Halluzinationen, Würgen, Erbrechen, welche noch?	
		

Ergebnis:

Es besteht ein Alkoholabhängigkeits-/missbrauchssyndrom

Nein / Ja (0..1..2..3)

() problematischer Umgang mit Alkohol (Missbrauch)

() ein Alkoholabhängigkeitssyndrom

Entscheiden Sie bitte, ob es sich um Missbrauch (problematischen Umgang mit Alkohol) oder Abhängigkeit handelt.

Syndrom 12: substanzbezogenes Abhängigkeits- oder missbrauchssyndrom

Startfrage: Nehmen Sie regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Medikamente, die abhängig machen können oder andere abhängig machende Stoffe? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. Auch dann weiterfragen, falls der Pat. dies verneint und fremdanamnestic Hinweise vorliegen.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Suchtmittel-missbrauch	Verwenden Sie Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerz-, Aufputsch- oder andere Mittel, die süchtig machen können, ohne ärztliche Verordnung?	(0..1..2..3)
2	Suchtm.welche?	Geben Sie bitte an, welche Suchtmittel Sie nehmen:	
		() Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, auch Anxiolytika	
		() Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC	
		() Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien:	
		() Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol	
		() Kokain (Speedball, Crack, Freebase)	
		() Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust,	
		() Andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide etc.:	
3	Suchtm.wieviel?	Geben Sie bitte an (Tabl. je mg oder Tropfen, deren Konzentration oder andere genaue Mengenangaben), wieviel Suchtmittel Sie täglich nehmen:	
4	Abhängigkeitssyndrom psychotrop. Substanzen	Sind Sie körperlich und psychisch abhängig von Ihrem/Ihren Suchtmittel(n)?	(0..1..2..3)
		() Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muß es einfach nehmen	
		() Ich kann nur sehr schwer mit der Suchtmittelleinnahme aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe	
		() Ich nehme oft das Suchtmittel, um beginnende Entzugssymptome zum Verschwinden zu bringen	
		() Seitdem ich regelmäßig Suchtmittel nehme, vertrage ich die vielfache Menge davon	
		() Seitdem ich regelmäßig Suchtmittel nehme, verfolge ich weniger Freizeitinteressen, pflege weniger Kontakt zu Freunden (außer anderen Süchtigen)	
		() Trotz mehrfacher körperlicher Folgekrankheiten nehme ich weiter Suchtmittel	
		() Ich nehme das Suchtmittel häufig in größerer Menge oder über längere Zeit als beabsichtigt	
		() Trotz meines Wunsches bzw. trotz wiederholten Versuchen, den Suchtmittelkonsum zu verringern, bleibe ich bei meiner Konsummenge	
5	Entzugssymptome	Kommt es bei einer Unterbrechung der Einnahme von Suchtmitteln zu Entzugsscheinungen, so dass Sie möglichst schnell das Mittel wieder zu sich nehmen müssen?	(0..1..2..3)
		() Wenn ich zu lange nichts genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen	
		() Diese Entzugssymptome verbessern sich rasch wieder durch Einnahme meines Suchtmittels	
		() Ich habe extremes Verlangen nach dem Suchtmittel	
		() Sie bestehen bei mir aus (z. B. Angst, Schreckgefühlen, extremer psychischer und körperlicher Unruhe, Zittern. Kopf- und Körperschmerzen, Übelkeit, quälenden Gefühlen wie Depressivität) :	

Ergebnis:**Es besteht ein(e) Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch****Nein / Ja (0..1..2..3)****Es besteht ein(e) Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch (0..1..2..3)**

() problemat. Umgang mit Suchtmitteln

() Suchtmittelabhängigkeitssyndrom

() Polytoxikomanie

Entscheiden Sie bitte, ob es sich um Missbrauch (problematischen Umgang mit Suchtmitteln) oder Abhängigkeit handelt.

Syndrom 13: Eßstörung (gestörtes Eßverhalten)

Startfrage: Ist Ihr Eßverhalten irgendwie unnormal, z. B. extremes Fasten, Freßanfälle, große Gewichtsab- oder -zunahme? Haben Sie ständig Über- oder Untergewicht? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Appetitverlust	Hat Ihr Appetit deutlich nachgelassen (Appetitlosigkeit)?	(0..1..2..3)
2	Gewichtsabnahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten an Gewicht abgenommen (mehr als 2 kg)?	(0..1..2..3)
		Meine Körpergröße (cm):	
		Mein Gewicht vor Beginn der Eßstörung (kg):	
		Mein Gewicht heute (in kg):	
		Quetelet-Index (Gewicht in kg/(Körpergröße in m)**2) Ein Wert <= 17,5 spricht für Anorexie. Entspricht dem BMI.	
		Wieviel kg haben Sie in den letzten 6 Monaten abgenommen?	
		Gewichtsabnahme in % des Normalgewichts (Größe in cm minus 100)	
3	gesteigerter Appetit	Hat Ihr Appetit zugenommen, essen Sie mehr als früher?	(0..1..2..3)
4	Gier nach Essen	Haben Sie eine ausgesprochene Gier zu Essen, der Sie oft nicht widerstehen können?	(0..1..2..3)
5	Gewichtszunahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten zugenommen?	(0..1..2..3)
		() weniger als 2 kg	
		() 2 kg bis 3 1/2 kg	
		() 4 kg oder mehr:	
6	Fasten	Fasten Sie so, dass Sie erheblich an Gewicht abgenommen haben?	(0..1..2..3)
7	Fasten wieviel kg?	Geben Sie bitte an, wieviel kg Sie in den letzten 6 Monaten durch Fasten abgenommen haben:	
8	Freßanfälle	Haben Sie Freßanfälle, die Sie nicht steuern können?	(0..1..2..3)
9	Freßanf. wie oft? Geben Sie bitte an, wie oft pro Woche (z.B. "dreimal pro Woche") ein	Freßanfall auftritt:	
10	absichtliches Erbrechen	Führen Sie selbst nach der Nahrungseinnahme Erbrechen herbei?	(0..1..2..3)
11	Abführmittelkonsum	Nehmen Sie Abführmittel, um auf diese Weise abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
12	Medikamentenkonsum	Nehmen Sie Diuretika, Appetitzügler oder Schilddrüsenpräparate ein, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
13	exzessive Bewegung	Treiben Sie sehr viel Sport, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
14	kalorienarme Diät	Halten Sie streng eine kalorienarme Diät ein, indem Sie kalorienreiche Nahrungsmittel konsequent meiden?	(0..1..2..3)
15	verzerrte Körperwahrnehmung	Sind Sie überzeugt, viel zu dick zu sein, obwohl Ihr gewogenes Körpergewicht eindeutig unterhalb des Idealgewichts liegt?	(0..1..2..3)
16	Angst vor Gewichtszunahme	Entsteht ein starkes Angstgefühl, wenn Sie daran denken, jetzt zuzunehmen oder zugenommen zu haben?	(0..1..2..3)
17	endokrine Störungen wie Amenorrhoe	Haben seit Beginn Ihrer Eßstörung Ihre Regelblutungen völlig aufgehört?	(0..1..2..3)
		() Regelblutung hat aufgehört	
		() Verlust des Interesses an Sexualität (Libidoverlust)	
		() bei Männern: Potenzverlust	
18	Gedankenkreisen um Essen	Beschäftigen Sie sich in Ihren Gedanken seit Beginn Ihrer Eßstörungunentwegt mit Essen?	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht eine Eßstörung.****Nein / Ja (0..1..2..3)**

() anorektisches Syndrom () bulimisches Syndrom () Adipositas (kont. Überessen)

() Spezifizieren Sie das Syndrom oder geben Sie "andere" an:

Syndrom 14: Kopfschmerz-Syndrom

Startfrage: Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Kopfschmerzen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Kopfschmerzen	Haben Sie chronische Kopfschmerzen? Welche??	(0..1..2..3)
		() anhaltender Dauerschmerz	
		() anfallsartiger Schmerz	
2	Kopfschm. welche ?	Unter welchen Kopfschmerzen leiden Sie?	
		() Spannungskopfschmerz	
		() Migräne	
		() Sonstige:	
3	Kopfschm.wie?	Spezifizieren Sie die Kopfschmerzen bitte genauer:	
		Wo:	
		Wie (er verspürt die S. als):	
		Wann (Die S. treten gegen Uhr auf):	
		Wie lange (und halten Stunden an):	

Ergebnis:**Es besteht ein Kopfschmerz-Syndrom****Nein / Ja (0..1..2..3)**

() Spannungskopfschmerzen () Migräne () keine/andere: Spezifikation:

..... Spezifizieren Sie das Syndrom oder wählen Sie "keine/andere"

Syndrom 15: Schmerz-Syndrom

Startfrage: Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Schmerzen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Schmerzen	Leiden Sie (außer Kopfschmerz) unter chronischen Schmerzen?	(0..1..2..3)
2	Schmerz Lokalisierbar	Geben Sie bitte an, an welchen Körperstellen der Schmerz auftritt:	
		() Arme, Hände, Finger	
		() Beine, Füße, Zehen	
		() oberer Rücken: Schulter-/Nackengebiet	
		() unterer Rücken: Lenden- und Kreuzbeinbereich	
		() Hals, Gesicht	
		() Brustkorb	
		() Bauch	
		() Unterleib, Scheide, After, Enddarm	
		() sonstige:	
3	Schmerz Gelenke/ Musk.	Leiden Sie an Gelenk- und/oder Muskelschmerzen ?	(0..1..2..3)
		() Muskulatur an vielen Stellen des Körpers, OHNE extrem schmerzhafte Einzelpunkte	
		() Muskulatur an vielen Stellen des Körpers, MIT extrem schmerzhaften Einzelpunkten (Triggerstellen)	
		() Gelenke, insbes. Hüfte	
		() Gelenke, insbes. Knie	
		() Gelenke, insbes. Schultern	
		() Gelenke, andere:	
4	Schmerz wie?	Spezifizieren Sie Ihre Schmerzen bitte genauer:	
		Wie:	
		Wann (Uhrzeit):	
		Wie lange (Std.):	

Ergebnis:**Es besteht ein Schmerz-Syndrom****Nein / Ja (0..1..2..3)**

() Nacken/Schulter-Schmerzsyndr. (incl. HWS) () Gelenkschmerzen () Rückenschmerzen (unterer Rücken)

() keine/andere: Spezifikation:

Syndrom 16: Somatoforme Syndrome

Startfrage: Haben Sie körperliche Beschwerden ohne nachweisbare körperliche Grunderkrankung? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

Oder haben Sie körperliche Probleme, Problem mit Ihrem Körper, so dass Sie darunter leiden?

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Somat.Beschwerd.	Haben Sie in den letzten Jahren oft vielfache und wechselnde körperliche Beschwerden gehabt, die vom Arzt nicht einer nachweisbaren körperlichen Krankheit zugeordnet werden konnten?	(0..1..2..3)
2	Inadäqu.Beunruh.	Falls eine körperl. Krankheit nachgewiesen wurde, war das Ausmaß Ihrer Beunruhigung bzw. die Einschränkungen Ihrer Arbeitsfähigkeit/ Ihrer Freizeitgestaltung unverhältnismäßig groß?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Fürchten Sie, dass es sich um eine schwere Krankheit handelt?	
		<input type="checkbox"/> Ist Ihre Arbeitsfähigkeit deutlich, eventuell stark beeinträchtigt?	
		<input type="checkbox"/> Ist Ihre Freizeitgestaltung deutlich, eventuell stark beeinträchtigt?	
		<input type="checkbox"/> Sind Sie in einem fortgesetzten Leidenszustand?	
3	zahlreiche Arztkonsultationen	Haben Sie jeweils den Arzt aufgesucht, verschreibungspflichtige Medikamente genommen oder eine gesund machende Lebensweise begonnen?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Sind Sie oft zum Arzt gegangen?	
		<input type="checkbox"/> Haben Sie oft Untersuchungen machen lassen?	
		<input type="checkbox"/> Haben Sie verschiedene Spezialisten aufgesucht?	
		<input type="checkbox"/> Können Sie die Aussage des Arztes, dass keine körperliche Krankheit vorliegt nicht akzeptieren?	
		<input type="checkbox"/> Haben Sie verschreibungspflichtige Medikamente genommen?	
		<input type="checkbox"/> Haben Sie eine gesundmachende Lebensweise begonnen?	
4	autonome, vegetative Beschwerden	Haben Sie vegetative Beschwerden wie ...?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> einzelne verstärkte Herzschläge, Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend	
		<input type="checkbox"/> Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	
		<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	
		<input type="checkbox"/> Hitzewallungen oder Erröten	
		<input type="checkbox"/> Druckgefühl im Oberbauch, Unruhe oder Kribbeln im Bauch	
		<input type="checkbox"/> außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	
		<input type="checkbox"/> weitere, andere:	
5	Haut	Kam es zu Hautproblemen mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen	
		<input type="checkbox"/> sehr empfindlicher Haut	
		<input type="checkbox"/> Farbänderungen der Haut	
		<input type="checkbox"/> Kribbelgefühl oder Taubheit der Haut	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
6	Herz-Kreislauf	Kam es zu Herz-Kreislaufbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustkorb oder Druckgefühl in der Herzgegend?	
		<input type="checkbox"/> spürbarem Herzklopfen (Palpitationen)?	
		<input type="checkbox"/> Schwindelgefühlen/Benommenheit ?	
		<input type="checkbox"/> Atemnot ohne Anstrengung?	
		<input type="checkbox"/> Weitere, andere:	
7	Atemwege	Kam es zu Atemwegsbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Atemnot ohne körperl. Anstrengung	
		<input type="checkbox"/> Erkältungserscheinungen ohne Erkältung	
		<input type="checkbox"/> Hyperventilation (übermäßiges Atmen)	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

8	Magen-Darm-(Verdauung)	Kam es zu Magen-Darm-Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen	
		<input type="checkbox"/> Bauchweh	
		<input type="checkbox"/> Blähungen, Völlegefühl	
		<input type="checkbox"/> häufiger Stuhlgang, Durchfall oder Flüssigkeitsaustritt aus dem Anus	
		<input type="checkbox"/> Speisunenverträglichkeit	
		<input type="checkbox"/> Verstopfung (nur alle 3 bis 5 Tage Stuhlgang)	
		<input type="checkbox"/> Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch	
		<input type="checkbox"/> Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen (Regurgitation)	
		<input type="checkbox"/> weitere, andere:	
9	Urogenitalsystem	Kam es zu Harnwegs/Genitalbereichsbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Unangenehme Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane	
		<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen oder Schwierigkeit Wasser zu lassen	
		<input type="checkbox"/> häufigem Harndrang	
		<input type="checkbox"/> starken Regelblutungen	
		<input type="checkbox"/> schmerzhafter Menstruation, unregelmäßiger Menstruation	
		<input type="checkbox"/> Schmerz b. Geschlechtsverkehr	
		<input type="checkbox"/> ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluß	
		<input type="checkbox"/> Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
10	Stützapparat	Kam es zu Gelenk/Knochen-Beschwerden	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit	
		<input type="checkbox"/> Knochenbeschwerden mit verminderter Belastbarkeit durch Gewichte	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
11	Muskelkraftverminderung	Kam es zu Muskelbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verminderung der Muskelkraft	
		<input type="checkbox"/> Lähmungen	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
12	Neurologisch Augen/ HNO	Kam es zu neurologischen Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verlust des Sehvermögens (Blindheit)	
		<input type="checkbox"/> Doppelbildern	
		<input type="checkbox"/> Verschwommen-Sehen	
		<input type="checkbox"/> Verlust des Hörvermögens (Taubheit)	
		<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Ohrensausen	
		<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen oder Störungen in der Koordination von Bewegungsabläufen	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
13	Neurologisch andere	Kam es zu neurologischen Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verlust des Gedächtnisses	
		<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden oder Kloßgefühl im Hals	
		<input type="checkbox"/> Ausfall des Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinn der Haut, z.B. Taubheit oder Missempfinden	
		<input type="checkbox"/> Verlust der Stimme, Flüsterstimme	
		<input type="checkbox"/> Verlust des Bewußtseins (Ohnmacht)	
		<input type="checkbox"/> Krampfanfällen	
		<input type="checkbox"/> Harnverhaltung	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

14	dissoziative Störungen	Verlust einer psychischen Funktion bzw. der Kontrolle über eine psychische oder körperliche Funktion infolge psychisch belastender Ereignisse	(0..1..2..3)
		() zielgerichtetes Weggehen, ohne sich später daran erinnern zu können (Fugue)	
		() bewegungsloses Sitzen oder Liegen (Stupor)	
		() Trance- oder Besessenheitszustände	
		() Beobachter: gezieltes Daneben- oder Vorbeiantworten (Ganser-Syndrom)	
		() zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten sein (multiple Persönlichkeit)	
		() weitere, andere:.....	
15	Hypochondrie	Sind Sie längere Zeit davon überzeugt, unter einer bestimmten körperlichen Krankheit zu leiden?	(0..1..2..3)
		() Sind Sie in ständiger Sorge um die Symptome dieser Krankheit?	
		() Leiden Sie erheblich darunter?	
		() Ist Ihr alltägliches Leben erheblich darunter gestört?	
		() Bemühen Sie sich um medizinische Behandlungen und Untersuchungen?	
		() Können Sie die Aussage des Arztes, dass keine körperliche Krankheit vorliegt, nicht akzeptieren?	
16	Körperdysmorphie Störung	Machen Sie sich große Sorgen um eine bei Ihnen eventuell vorhandene Entstellung oder Missbildung?	(0..1..2..3)
		() Leiden Sie unter einem Schönheitsfehler, der Sie sehr quält, obwohl andere das Ausmaß der Entstellung nicht bestätigen können?	
		() Beschäftigen Sie sich stundenlang mit Gedanken um Ihre Entstellung oder Missbildung?	
		() Sind Sie dadurch in Ihrer beruflichen Tätigkeit, Ihrer Freizeitgestaltung oder anderen wichtigen Lebensbereichen dadurch erheblich beeinträchtigt?	
		() Bitte beschreiben Sie dies näher:	

Ergebnis:**Es besteht ein Somatisierungs -Syndrom Nein / Ja (0..1..2..3)**

- () ohne weitere Syndrome
 () Somatisierungsstörung
 () Dissoziatives Syndrom
 () hypochondrisches Syndrom
 () Körperdysmorphie Störung
 () andere somatoforme Störung: Spezifikation:
 () bevorzugter Organbereich:

Syndrom 17: Posttraumatisches Belastungssyndrom

Startfrage: Haben Sie ein schreckliches Erlebnis hinter sich (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die Sie bis heute verfolgen?

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Wiederholtes Erleben des Traumas	Drängen sich Ihnen Bilder oder Erinnerungen an das Ereignis auf? (Intrusionen)	(0..1..2..3)
2	Alpträume	Haben Sie manchmal Alpträume?	(0..1..2..3)
3	Flashbacks	Kommt es ihnen manchmal so vor als würden Sie die Situation noch mal durchleben?(Flashbacks)	(0..1..2..3)
4	Vermeidung Erinnern	Vermeiden sie es an das Ereignis zu denken?	(0..1..2..3)
5	Vermeiden Situationen, Menschen	Vermeiden Sie Situationen oder Menschen die sie an das Ereignis erinnern?	(0..1..2..3)
6	Entfremdung, Isolierung	Fühlen Sie sich manchmal anderen gegenüber entfremdet oder isoliert?	(0..1..2..3)
7	Abstumpfung	Haben Sie manchmal das Gefühl abgestumpft zu sein und keine Gefühle mehr wahrzunehmen?	(0..1..2..3)
8	Übererregung	Haben Sie oft den Eindruck „immer auf der Hut“ zu sein oder besonders angespannt zu sein?	(0..1..2..3)
9	Schreckhaftigkeit	Sind Sie übermäßig schreckhaft?	(0..1..2..3)
10	Schlafstörungen	Haben Sie seither Schwierigkeiten mit dem Schlafen?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein Posttraumatisches Belastungssyndrom

Nein / Ja (0..1..2..3)

Übertragen Sie die 17 Syndromausprägungen und die Teilsyndromausprägungen in das VDS14-Auswertungsblatt