

Trauma- und Dissoziationssymptome-Interview (TADS-I)

Version 1.13

Dr. Suzette Boon

Dr. med. Helga Matthes

Die aktuelle Version des Interviews kann hier heruntergeladen werden:

➤ <https://www.junfermann.de/titel/die-diagnostik-traumabedingter-dissoziation/1788>

Deutsche Übersetzung: Christoph Trunk, Arbeitsgruppe Jan Gysi,
Bettina Overkamp, Susanne Nick

Inhalt

Anleitung für Befragter*Innen	3
TEIL 1	4
Biografische Informationen.....	4
Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen / Anamnese.....	5
Substanzgebrauch und Medikamente.....	6
TEIL 2: (MÖGLICHERWEISE) TRAUMABEZOGENE SYMPTOME	10
Essprobleme	10
Schlafprobleme	13
Stimmung und Emotionsregulation	18
Angst und Panik	26
Selbstverletzendes Verhalten.....	31
Selbstbild und Identität.....	35
Beziehungen zu anderen	39
Sexualität.....	42
TEIL 3: VERÄNDERUNGEN DES BEWUSSTSEINS	45
Depersonalisation	45
Derealisation	47
Absorptionserleben, Trance und Tagträume.....	49
TEIL 4: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN, SOMATOFORME DISSOZIATION.....	51
Medizinische / somatische Vorgeschichte	51
TEIL 5: PSYCHOFORME DISSOZIATIONSSYMPTOME	56
Amnesie	56
Schneider'sche Symptome / Intrusionen	60
Symptome, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen.....	66
Dissoziierte Persönlichkeitsanteile	70
ANHANG ZUM TADS-I.....	72
Verdacht auf Imitation von DIS (oder auf eine durch andere gestellte falsch positive Diagnose einer Dissoziativen Störung).....	72

Anleitung für Befragter*innen

Dies ist die überarbeitete Version des halbstrukturierten *Trauma- und Dissoziationssymptome-Interviews* (Trauma and Dissociation Symptoms Interview, TADS-I). Das Interview besteht aus fünf Teilen. Die Durchführung des gesamten Interviews ermöglicht Ihnen eine zuverlässige Diagnose dissoziativer Störungen. Zudem bietet der Fragebogen Informationen zu vorhandenen Symptomen im Zusammenhang mit (komplexen) posttraumatischen Störungen (sowohl PTBS als auch kPTBS) und einem breiten Spektrum anderer traumabezogener Beschwerden.

Für die korrekte Durchführung und Auswertung des Interviews ist es wichtig, dass Sie den Anweisungen in Kapitel 5 des Buches *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* (2025) von Suzette Boon folgen.

Sie können sich entscheiden, gewisse Abschnitte des Interviews zu traumabezogenen Beschwerden (Abschnitte in Teil 2) auszulassen. Das hängt jeweils davon ab, welche Themen Sie diagnostisch vertiefen wollen oder wie viel Zeit Ihnen zur Diagnosestellung zur Verfügung steht. Im Buch *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* wird erläutert, welche Abschnitte mindestens durchgeführt werden sollten, um entweder eine zuverlässige Diagnose einer dissoziativen Störung zu erhalten oder sie ausschließen zu können.

In jedem Abschnitt gibt es Fragen, deren Nummern mit einem Grauraster hervorgehoben werden. Diese Fragen sind im jeweiligen Abschnitt obligatorisch. Fragen, die nicht auf diese Weise hervorgehoben werden, sind weiterführende Fragen und deshalb nur optional. Sie können Sie stellen, falls eine vorhergehende Frage positiv beantwortet wurde.

Erfassen Sie bitte für jede Frage, ob ein bestimmtes Symptom berichtet wird. Es handelt sich um eine klinische Beurteilung, wie sie in Kapitel 5 des Buchs *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* (Boon 2025) definiert wird.

Die Qualität eines Symptoms wird u. a. dadurch bestimmt, wie häufig das Symptom vorhanden ist. Diesem Zweck dient der folgende Leitfaden. Wir verwenden dazu die folgende Kategorisierung:

Selten:	Bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr
Gelegentlich:	Vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr
Monatlich:	Im zurückliegenden Jahr mindestens einmal monatlich
Wöchentlich:	Im zurückliegenden Jahr mindestens einmal wöchentlich
Täglich:	Im zurückliegenden Jahr mindestens einmal täglich
Unklar:	

Die Ergebnisse einer Pilotstudie, die mit der Version 1.9 des TADS-I durchgeführt wurde, sind derzeit (Stand: 2024) noch in Bearbeitung. Die Versionen 1.10–1.13 enthalten nur geringfügige Änderungen, die teilweise auf diese Studie zurückgehen.

TEIL 1

BIOGRAFISCHE INFORMATIONEN

Name:

Geschlecht:

Alter:

Familienstand:

- Alleinstehend
- Verheiratet, mit Partner*in zusammenlebend
- Geschieden
- Verwitwet

Kinder:

Aktuelle Lebenssituation:

- Alleine
- Mit Partner*in und / oder Kindern
- In einer Institution oder begleitetem / betreutem Wohnen

Ausbildung (höchster Schulabschluss):

- Grundschule
- Weiterführende Schule (Haupt- / Realschule / Gymnasium)
- Laufendes Studium
- Abgeschlossenes Studium

Aktuelle Arbeitssituation:

- Vollzeit
- Teilzeit
- Arbeitslos
- Rente
- In Pension

PSYCHIATRISCHE ODER PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN / ANAMNESE

- A** Sind Sie aktuell in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? Ja / Nein / Unklar
- a. Wie werden Sie zurzeit behandelt?
- Ambulant
 - Tagesklinisch
 - Stationär
 - Anderes:
- b. Wie häufig haben Sie (individuelle) Gesprächstermine?
- c. Falls Sie behandelt werden, dann wegen welcher Beschwerden / Probleme?
-
- B** Sind Sie zuvor schon in Behandlung gewesen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Welche Art der Behandlung haben Sie erhalten, und wie lange hat diese Behandlung (haben diese Behandlungen) gedauert?
- b. Was waren die Gründe für die Beendigung dieser Behandlungen?
-
- C** Wurden Sie jemals in eine psychiatrische Klinik oder Station aufgenommen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Aus welchem Grund / aus welchen Gründen?
- b. Wie lange waren Sie in der Klinik?
- c. Wie oft sind Sie aufgenommen worden?
- d. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal in einer Klinik aufgenommen wurden?
- e. Wie alt waren Sie, als Sie das letzte Mal aufgenommen wurden?
-
- D** Wissen Sie, welche Diagnosen Ihnen bislang gestellt wurden? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Welche Diagnosen wurden bei Ihnen gestellt?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SUBSTANZGEBRAUCH UND MEDIKAMENTE

1 Konsumieren Sie manchmal Alkohol?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Welche Art von Alkohol konsumieren Sie?

Wein, Bier Spirituosen Beides

b. Wie viel trinken Sie jeweils, wenn Sie Alkohol konsumieren?

c. Wie oft konsumieren Sie Alkohol?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Falls nein:

a. Haben Sie jemals in der Vergangenheit Alkohol konsumiert?

Ja / Nein / Unklar

Hinweis für den/die Befrager*in: Falls der/die Patient*in angibt, niemals Alkohol konsumiert zu haben, können Sie mit Frage 4 „Konsumieren Sie manchmal Drogen?“ weitermachen.

Falls ja:

b. Welche Art von Alkohol haben Sie konsumiert?

c. Wie viel Alkohol haben Sie jeweils konsumiert?

d. Wie oft haben Sie Alkohol konsumiert?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

2 Hatten Sie jemals ein durch Alkohol bedingtes Blackout oder andere Schwierigkeiten, sich zu erinnern?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie beschreiben, wie das war?

3 Sind Sie jemals wegen Problemen aufgrund von Alkoholkonsum in Behandlung gewesen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Wo und wann?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

4 Konsumieren Sie manchmal Drogen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Welche Drogen nehmen Sie?

Weiche Drogen Harte Drogen Beides

b. Wie viel haben Sie bei den jeweiligen Malen konsumiert?

c. Wie oft konsumieren Sie Drogen?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Falls nein:

Haben Sie in der Vergangenheit jemals Drogen genommen?

Ja / Nein / Unklar

Hinweis für den/die Befragter*in: Falls der/die Patient*in angibt, niemals Drogen konsumiert zu haben, können Sie mit Frage 6, „Nehmen Sie zurzeit rezeptpflichtige oder frei verkäufliche Medikamente ein?“, weitermachen.

a. Welche Drogen nahmen Sie damals?

Weiche Drogen Harte Drogen Beides

b. Wie viel konsumierten Sie damals bei den jeweiligen Malen?

c. Wie oft konsumierten Sie damals Drogen?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

5 Wurden Sie jemals wegen eines Problems im Zusammenhang mit Drogenkonsum behandelt?

Ja / Nein / Unklar

6 Nehmen Sie zurzeit rezeptpflichtige oder frei verkäufliche Medikamente ein?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Welche Medikamente nehmen Sie ein, und wofür?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

7 Sind Sie zurzeit abhängig von bestimmten Medikamenten, oder nehmen Sie gewisse Medikamente zu oft oder in zu hoher Dosierung ein?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Welche Medikamente nehmen Sie in zu hoher Dosierung ein oder sind abhängig von ihnen?
- b. Wie viel davon nehmen Sie jedes Mal ein?
- c. Wie oft nehmen Sie diese Medikamente ein?
 - Selten
 - Gelegentlich
 - Monatlich
 - Wöchentlich
 - Täglich
 - Unklar

Falls nein:

- a. Waren Sie in der Vergangenheit jemals von bestimmten Medikamenten abhängig, oder haben Sie gewisse Medikamente in zu großer Menge eingenommen?
- b. Welche Medikamente haben Sie damals übermäßig eingenommen oder waren abhängig von ihnen?
- c. Wie viel davon haben Sie jeweils eingenommen?
- d. Wie oft haben Sie diese Medikamente eingenommen?
 - Selten
 - Gelegentlich
 - Monatlich
 - Wöchentlich
 - Täglich
 - Unklar

Hinweis für den/ die Befrager*in: Falls es keine Hinweise auf Substanzmissbrauch gibt, können Sie mit Teil 2, „(Möglicherweise) Traumabezogene Symptome“, fortfahren.

8 Haben Sie eine Vorstellung davon, in welchen Situationen Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente einnehmen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

Können Sie diese Situationen beschreiben, und was denken Sie, wie die Substanzen Ihnen im Umgang mit solchen Situationen helfen?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 9 In welchem Alter haben die Probleme mit dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten begonnen? (In verschiedenen Lebensaltern können unterschiedliche Drogen genommen werden.) Ja / Nein / Unklar

Falls es diese Probleme nur in der Vergangenheit gab:

In welchem Alter haben die Probleme mit dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten aufgehört?

Ergänzende Fragen, die der/die Befragter*in stellen könnte:

1. Haben Sie sich aufgrund Ihres Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsums jemals unwirklich oder außerhalb Ihrer selbst gefühlt?
2. Haben Sie aufgrund Ihres Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsums jemals Stimmen gehört, die Ihnen sagten, Sie sollten Alkohol, Drogen oder Medikamente konsumieren? Oder hatten Sie entsprechende zwanghafte Gedanken?
3. Haben Sie selbst herausgefunden (oder hat Ihnen jemand erzählt), dass Sie Substanzen konsumiert haben, und Sie konnten sich nicht daran erinnern?

Allgemeiner Schweregrad des SUBSTANZ- / MEDIKAMENTENMISSBRAUCHS

0 = Kein Missbrauch

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Ist der SUBSTANZ-/MEDIKAMENTENMISSBRAUCH von Bewusstseinsveränderungen begleitet?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Ist der SUBSTANZ- / MEDIKAMENTENMISSBRAUCH mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

TEIL 2: (MÖGLICHERWEISE) TRAUMABEZOGENE SYMPTOME

ESSPROBLEME

- 10** Hatten Sie jemals Probleme mit dem Essen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
Können Sie diese beschreiben?
- 11** Haben Sie jemals so viel Gewicht verloren, dass Ihr Arzt oder andere Personen Ihnen gesagt haben, dass Sie ernsthaft untergewichtig sind? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Sind Sie im Moment (schwer) untergewichtig?
b. Welches war Ihr niedrigstes Gewicht? _____
c. Wie groß sind Sie? _____
Für Frauen:
d. Hat irgendwann Ihre Periode / Menstruation ausgesetzt, und war Untergewicht der Grund dafür? Ja / Nein / Unklar
- 12** Wurden Sie jemals im Zusammenhang mit Untergewicht stationär aufgenommen? Ja / Nein / Unklar
- 13** Hatten Sie jemals Probleme mit übermäßigem Essen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
Was war Ihr höchstes Gewicht? _____
- 14** Schwankt Ihr Gewicht stark im Lauf eines Monats oder Jahrs? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie sagen, wie stark das Gewicht schwankt (um wie viele kg)?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 15** Litten Sie jemals unter Essanfällen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Wie oft haben Sie Essanfälle?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
b. Können Sie ein Beispiel von einem solchen Essanfall erzählen?
c. Treten die Essanfälle auf, während Sie in einem „Dämmerzustand“ sind? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie dies beschreiben?
- 16** Kommt es vor, dass Sie sich gar nicht daran erinnern können, etwas gegessen zu haben (oder einen Essanfall gehabt zu haben), aber Hinweise dafür finden, dass Sie tatsächlich gegessen haben? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 17** Kommt es vor, dass Sie einen Tag lang ganz vergessen zu essen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Ist es Ihnen bewusst, wenn Sie Hunger oder ein Völlegefühl haben?
- 18** Kommt es vor, dass Sie sich nach dem Essen übergeben? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
Wie oft kommt es vor, dass Sie sich nach dem Essen übergeben?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 19** Leiden Sie manchmal unter spontanem Erbrechen und Übelkeit ohne körperliche Ursache? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

20 Haben Sie jemals Abführmittel eingenommen, oder nehmen Sie Abführmittel ein, um Essen loszuwerden oder um Ihr Gewicht zu regulieren? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

21 Haben Sie jemals exzessiv Sport betrieben (mehrere Stunden pro Tag)? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

22 Haben Sie jemals Stimmen gehört oder zwanghafte Gedanken gehabt, die Ihnen befohlen haben, nicht zu essen oder zu viel zu essen? Ja / Nein / Unklar

- Nicht zu essen Ja / Nein / Unklar
 Zu viel zu essen Ja / Nein / Unklar

Allgemeiner Schweregrad von ESSPROBLEMEN

- 0 = Keine
1 = Geringfügig
2 = Moderat
3 = Schwer
88 = Unklar

Sind die ESSPROBLEME von Bewusstseinsveränderungen begleitet?

- 0 = Nein
1 = Ja
88 = Unklar

Sind die Essprobleme mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

- 0 = Nein
1 = Ja
88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • Gelegentlich (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • Monatlich (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • Wöchentlich (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SCHLAFPROBLEME

23 Leiden Sie an Schlafproblemen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Wie oft leiden Sie an Schlafproblemen?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Befragter*in: „Ich werde Ihnen nun einige spezifische Fragen zu Schlafproblemen stellen.“

24 Haben Sie Probleme beim Einschlafen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie diese beschreiben?

b. Beinhaltet das ...

- beunruhigende Gedanken?
 Angst?
 Haben Sie Angst, die Augen zu schließen?
 Anderes, nämlich: _____

25 Schieben Sie das Zubettgehen manchmal auf, weil Sie Angst davor haben? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

26 Wachen Sie nachts oft auf? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft wachen Sie nachts auf?

b. Geschieht dies zu bestimmten Zeiten in der Nacht?

Falls ja: Zu welcher Zeit / welchen Zeiten? _____

c. Können Sie beschreiben, was Sie aufweckt?

27 Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

Hinweis für den / die Befrager*in: Bei der Beantwortung von Frage 28 soll der / die Patient*in die Alpträume nicht im Detail beschreiben. Wichtig ist, ob er / sie sich an Alpträume erinnert.

28 Leiden Sie manchmal unter Alpträumen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Sind Sie sich des Inhalts der Alpträume bewusst?

- Nein Gelegentlich Oft Unklar

c. Denken Sie, dass die Alpträume mit früheren (unangenehmen) Ereignissen zusammenhängen?

- Nein Gelegentlich Oft Unklar

d. Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Sie nachts diese unangenehmen Ereignisse wiedererleben?

- Nein Gelegentlich Oft Unklar

29 Haben Sie jemals mitbekommen oder von anderen gehört, dass Sie nachts unruhig schlafen (z.B. dass Sie im Schlaf schreien, kämpfen, sprechen)?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie beschreiben, was dann passiert?

- Sie schreien
 Sie weinen
 Sie reden
 Sie kämpfen
 Anderes: _____

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

30 Fällt es Ihnen manchmal schwer, aus einem unangenehmen Traum aufzuwachen, oder haben Sie Träume, die weiterzugehen scheinen, nachdem Sie aufgewacht sind? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie das beschreiben?

31 Sehen Sie tagsüber manchmal alptraumartige Bilder vor sich? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie das beschreiben?

c. Haben Sie eine Ahnung, womit diese Bilder zusammenhängen? Ja / Nein / Unklar

32 Sind Sie jemals geschlafwandelt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie diese Erfahrung beschreiben?

33 Haben Sie je festgestellt, dass Sie nachts aufgestanden sind und Dinge getan haben, an die Sie sich am nächsten Morgen nicht mehr erinnern konnten (wobei Sie nicht unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten standen)? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 34** Nehmen Sie Schlafmittel? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Welche Medikamente nehmen Sie?
b. Welche Wirkung schreiben Sie ihnen zu?
c. Können Sie diesen Effekt beschreiben?
- 35** Nutzen Sie irgendwelche anderen Hilfsmittel, um schlafen zu können? Ja / Nein / Unklar
(Beispiele: vorm Schlafengehen ein warmes Bad nehmen oder bestimmte Musik hören)
Falls ja: Können Sie diese Hilfsmittel beschreiben?
- 36** Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Sie, ohne es zu wollen, tagsüber eingeschlafen sind, als Sie eigentlich hätten wach sein sollen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie das beschreiben?
- 37** Sind Sie jemals mit dem Gefühl aufgewacht, eine andere Person zu sein? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Wie oft kommt das vor?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
b. Können Sie diese Erfahrung beschreiben?
- 38** Sind Sie je aufgewacht, ohne zu erkennen, wo Sie sind, obwohl Sie zu Hause waren? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Wie oft kommt das vor?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
b. Können Sie diese Erfahrung beschreiben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

39 Sind Sie je aufgewacht und hatten den Eindruck, in einer Zeit aus Ihrer Vergangenheit zu sein?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie diese Erfahrung beschreiben?

Allgemeiner Schweregrad von SCHLAFPROBLEMEN

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind die SCHLAFPROBLEME von Bewusstseinsveränderungen begleitet?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind die SCHLAFPROBLEME mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

STIMMUNG UND EMOTIONSREGULATION

40 Wie war Ihre vorherrschende Grundstimmung in den letzten paar Jahren?

Bitte beschreiben Sie: _____

41 Erleben Sie manchmal, dass Ihre Stimmung schnell wechselt oder schwankt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Sind Sie sich der Stimmungsschwankungen immer bewusst? Ja / Nein / Unklar

Falls nein:

Können Sie beschreiben, was passiert?

Hinweis für den / die Befrager*in: Wenn der Patient / die Patientin keine Stimmungsschwankungen berichtet, können Sie mit Frage 45 fortfahren.

42 Können Sie beschreiben, wie die Stimmungsschwankungen typischerweise beginnen?

- Abrupt
 Eher langsam und schleichend
 Es beginnt mit einem schwach ausgeprägten Gefühl, das in ein ähnliches Gefühl mit mehr Intensität übergeht (z. B. von zufrieden hin zu euphorisch).
 Pendeln zwischen extrem intensiven Gefühlen, die sehr unterschiedlich sind (z. B. zwischen glücklich und wütend)
 Anderes: _____

Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 43** Beeinträchtigen Ihre Stimmungsschwankungen ...
- Sie selbst? Ja / Nein / Unklar
- andere Menschen um Sie herum? Ja / Nein / Unklar
- Ihr tägliches Leben/Ihre Arbeit? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie beschreiben, wie Ihre Stimmungsschwankungen Sie selbst, andere und Ihre Handlungsfähigkeit beeinflussen?
- 44** Erleben Sie manchmal starke Schwankungen in Ihren Fertigkeiten und Fähigkeiten, die auf Stimmungswechsel zurückgehen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Wie häufig kommt das vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
- Täglich Unklar
- b. Können Sie ein Beispiel geben?
- 45** Haben Sie jemals beobachtet, dass Sie ohne Weiteres Dinge tun konnten, die Ihnen eigentlich unmöglich erschienen oder zu denen Sie normalerweise nicht in der Lage sind? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Wie häufig kommt das vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
- Täglich Unklar
- b. Können Sie ein Beispiel geben?
- 46** Regen Sie sich manchmal über Dinge auf, die für andere Menschen eher ein kleines Problem wären? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 47** Haben Sie Schwierigkeiten, sich selbst zu beruhigen, wenn Sie aufgeregt sind? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

48 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie Ihr Verhalten und Ihre Gefühle nicht kontrollieren können? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

49 Gibt es bestimmte Gefühle (z. B. Wut), von denen Sie denken, dass Sie sie schlecht oder gar nicht kontrollieren können? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie diese Gefühle beschreiben?

b. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

c. Verstehen Sie immer die Gründe für diese Gefühle oder den Zusammenhang, in dem sie stehen?

Ja / Nein / Unklar

Falls nein:

Können Sie mir etwas mehr dazu erzählen?

50 Haben Sie sich schon einmal innerlich taub gefühlt, so als könnten Sie mit Ihren Gefühlen nicht in Kontakt kommen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

51 Sind Sie manchmal deprimiert oder niedergeschlagen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

52 Fühlten Sie sich, wenn Sie an Ihre Zukunft dachten, jemals hoffnungslos? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie dieses Gefühl beschreiben?

b. Hängt diese Hoffnungslosigkeit mit Ihrer Lebenssituation zusammen? Ja / Nein / Unklar

Können Sie dies näher beschreiben?

c. Beeinträchtigt dieses Gefühl der Hoffnungslosigkeit Ihre Beziehung zu Menschen, die Ihnen wichtig sind? Ja / Nein / Unklar

Können Sie das beschreiben?

53 Waren Sie jemals so verzweifelt, dass Sie darüber nachdachten, sich das Leben zu nehmen? Ja / Nein / Unklar

Hinweis für den / die Befrager*in: Wenn der / die Patient*in keine Suizidgedanken berichtet, können Sie mit Frage 56 fortfahren.

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 54** Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Was haben Sie genau getan?
- b. Wie wurde der Suizidversuch beendet, und was oder wer hat Sie davon abgehalten, sich das Leben zu nehmen?
- c. Haben Sie mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Wie oft haben Sie versucht, sich das Leben zu nehmen?
- d. Waren Sie während des Suizidversuchs / der Suizidversuche in einem Zustand von Benommenheit (der sich außerhalb Ihrer Kontrolle befand)? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie diese Erfahrung beschreiben?
- Ich fühlte mich wie in einem Traumzustand (Depersonalisation / Derealisation).
- Ich fühlte mich wie außerhalb meines Körpers, als würde ich mir selbst zuschauen.
- Ich hörte Stimmen.
- Anderes: _____
- e. Ist es schon vorgekommen, dass Sie keinerlei Erinnerung an einen Suizidversuch hatten, obwohl gleichzeitig klar war, dass Sie einen Suizidversuch unternommen haben mussten? Ja / Nein / Unklar
- Können Sie ein Beispiel geben?
- f. Haben Sie im Zusammenhang mit dem Suizidversuch Alkohol, Drogen oder Medikamente genommen? Ja / Nein / Unklar
- 55** a. Wurden Sie jemals in die Psychiatrie überwiesen, um Sie an einem Suizidversuch zu hindern? Ja / Nein / Unklar
- b. Wurden Sie jemals in einer Klinik behandelt, weil Sie einen Suizidversuch unternommen hatten? Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

56 Fühlen Sie sich manchmal ohne ersichtlichen Grund übermütig, extrem energiegeladen, aufgedreht und / oder ausgelassen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

c. Haben Sie jemals in einer so energiegeladenen Stimmung Dinge getan, die Sie später bereuten? Oder Dinge, die Sie in Schwierigkeiten brachten?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

Können Sie ein Beispiel geben?

d. Wenn Sie in so einer energiegeladenen Stimmung sind, gehen dann manchmal die Gedanken mit Ihnen durch, so als ob Sie unfähig wären, sie zu stoppen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

Können Sie ein Beispiel geben?

e. Besteht Ihrer Meinung nach ein Zusammenhang zwischen energiegeladener Stimmung und Anspannung oder Angst?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

57 Haben Sie jemals starke Gefühle von Leere und Langeweile empfunden?

a. Leere

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a-1 Können Sie ein Beispiel geben?

a-2 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

a-3 Wie lange halten diese Gefühle normalerweise an?

- Stunden Tage Fast durchgängig vorhanden
 Unklar

b. Langeweile

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

b-1 Können Sie ein Beispiel geben?

b-2 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b-3 Wie lange dauern diese Gefühle normalerweise?

- Stunden Tage Fast durchgängig vorhanden
 Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

Allgemeiner Schweregrad von STIMMUNGS- UND EMOTIONSREGULATIONSPROBLEMEN

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind STIMMUNGS- UND EMOTIONSREGULATIONSPROBLEME mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind STIMMUNGS- UND EMOTIONSREGULATIONSPROBLEME mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hindeuten?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

ANGST UND PANIK

- 58** Sind Sie generell eine ängstliche Person? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 59** Leiden oder litten Sie unter spezifischen Ängsten oder Phobien? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie diese Ängste beschreiben?
- 60** Leiden oder litten Sie unter (plötzlichen) Panikattacken? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Können Sie eine solche Panikattacke beschreiben?
b. Ist Ihnen der Grund für eine Panikattacke normalerweise bewusst? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
c. Gehen diese Panikattacken mit körperlichen Beschwerden wie Herzrasen, Schwitzen und Hyperventilieren einher? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Hinweis für den / die Befrager*in: Wenn Sie Frage 61 stellen, berufen Sie sich bitte auf die Erfahrungen, die der Patient / die Patientin zu den Fragen 58 bis 60 berichtet hat.

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 61** Wenn Sie an Ihre Erfahrungen mit Angst, Panik und Phobien zurückdenken (auf Erfahrungen Bezug nehmen, die der Patient/die Patientin beschrieben hat): Ja / Nein / Unklar
- a. Wann haben Sie das zum ersten Mal erlebt?
- b. Wie oft ist das passiert?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- c. Kommen Sie sich selbst manchmal fremd vor, wenn Sie Angst haben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie dies beschreiben?
- d. Hören Sie jemals Stimmen, wenn Sie Angst haben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie dies beschreiben?
- e. Haben Sie jemals so starke Angst gehabt, dass Sie nicht wussten, was Sie taten oder was Sie zuvor getan hatten? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie dies beschreiben?
-
- 62** Meiden Sie aus Angst jemals gewisse Situationen oder bestimmte Orte? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Welche Situationen meiden Sie?
- b. Können Sie ein Beispiel geben?
- c. Wie häufig kommt das vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
-
- 63** Gibt es andere Dinge, die Sie aus Angst vermeiden? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

64 Haben Sie jemals beängstigende Bilder oder Gedanken erlebt, die sich Ihnen regelrecht aufdrängten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Wissen Sie, woher diese Bilder oder Gedanken kommen? Oder wissen Sie, was sie bedeuten könnten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

b-1 Können Sie mir mehr darüber erzählen?

65 Haben Sie jemals Flashbacks von früheren negativen Erfahrungen gehabt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

66 Leiden Sie manchmal unter:

a. Nervosität? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a-1 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

a-2 Können Sie ein Beispiel geben?

b. Hypervigilanz (übermäßiger Wachsamkeit)? Ja / Nein / Unklar

b-1 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b-2 Können Sie ein Beispiel geben?

c. Reizbarkeit oder Wutausbrüchen? Ja / Nein / Unklar

c-1 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

c-2 Können Sie ein Beispiel geben?

d. Zwanghaften Gedanken oder Handlungen? Ja / Nein / Unklar

d-1 Wie häufig kommt das vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

d-2 Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

Allgemeiner Schweregrad von ANGST UND PANIK

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind ANGST UND PANIK mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind ANGST UND PANIK mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

- 67** Haben Sie sich jemals absichtlich verletzt oder sich Schmerzen zugefügt (z.B. sich verbrannt oder geschnitten oder den Kopf auf den Boden oder gegen die Wand geschlagen)? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Wie oft kommt dies vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- b. Können Sie ein Beispiel geben?
- c. Bekommen Sie es bewusst mit, wenn Sie sich selbst verletzen? Ja / Nein / Unklar
- c-1 Können Sie ein Beispiel geben?
- d. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihr selbstverletzendes Verhalten unter Kontrolle haben? Ja / Nein / Unklar
- d-1 Können Sie ein Beispiel geben?

Hinweis für den / die Befrager*in: Falls der / die Patient*in kein selbstverletzendes Verhalten angibt, können Sie mit Frage 70 fortfahren.

- 68** Kommt es manchmal vor, dass Sie nicht mehr wissen, dass Sie sich verletzt haben, und dann im Nachhinein entdecken, dass Sie das offensichtlich getan haben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 69** Kommt es manchmal vor, dass Sie sich dabei zusehen, wie Sie sich selbst verletzen, so, als würden Sie jemand anderem dabei zusehen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Fühlt es sich so an, als wären Sie tatsächlich außerhalb Ihres Körpers? Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

70 Tun Sie manchmal andere gefährliche oder selbstzerstörerische Dinge? Ja / Nein / Unklar

Falls ja, gehört dazu:

a. Rücksichtslose Fahrweise Ja / Nein / Unklar

a-1 Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Geldverschwendung Ja / Nein / Unklar

b-1 Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

c. Ungeschützter Sex Ja / Nein / Unklar

c-1 Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

d. Anderes:

d-1 Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

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

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 72** Kommt es vor, dass etwas in Ihrem Inneren Sie zu selbstschädigendem Verhalten anhält? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja, beinhaltet dies:
- a. Eine befehlende Stimme (oder mehrere Stimmen)? Ja / Nein / Unklar
- a-1 Falls ja, wie oft kommt das vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- a-2 Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Zwanghafte Gedanken? Ja / Nein / Unklar
- b-1 Falls ja, wie oft kommt das vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- b-2 Können Sie ein Beispiel geben?
- c. Anderes: Ja / Nein / Unklar
- c-1 Wie häufig kommt dies vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- c-2 Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

Allgemeiner Schweregrad von SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN

0 = Keines

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Ist SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Ist SELBSTVERLETZENDES Verhalten mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SELBSTBILD UND IDENTITÄT

- 73** Haben Sie im Allgemeinen eine positive Meinung von sich selbst? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
a-1 Können Sie dies beschreiben?
- Falls nein:
a-2 Können Sie beschreiben, mit welchen Gedanken und Gefühlen Sie sich im Allgemeinen betrachten?
- b. Gibt es Unterschiede zwischen den Vorstellungen, die andere Menschen von Ihnen haben, und Ihren eigenen Vorstellungen von sich selbst? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie die Unterschiede beschreiben?

Hinweis für den/die Befragter*in: Falls der/die Patient*in angibt, eine negative Meinung von sich selbst zu haben, stellen Sie bitte Frage 74.

- 74** Falls Sie negative Gedanken über sich selbst haben:
Wie häufig kommen sie vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 75** Sind Sie sich manchmal unsicher bezüglich Ihrer Wünsche und Vorlieben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 76** Sind Sie sich manchmal unsicher, wer Sie wirklich sind? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie häufig kommt es vor, dass Sie unsicher sind, wer Sie wirklich sind?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 77** Sind Sie sich manchmal nicht sicher, wie Sie sein möchten oder sein sollten? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 78** Habe Sie eine starke Neigung, das zu tun, was andere von Ihnen möchten, anstatt für die eigenen Bedürfnisse einzutreten? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 79** Haben Sie manchmal das Gefühl, dass in Ihrem Inneren ein Kampf stattfindet oder dass Sie stark ambivalente oder widersprüchliche Gefühle haben? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja:
 a. Können Sie ein Beispiel geben?
 b. Erleben Sie Widersprüche oder einen inneren Kampf zwischen:
 Zwei Meinungen oder Gedanken?
 Mehreren Meinungen oder Gedanken?
 c. Können Sie innere Kämpfe manchmal in Form von Stimmen hören? Ja / Nein / Unklar
 d. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, sich selbst dabei zuzuschauen, wie sich ein solcher Konflikt in Ihnen abspielt? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja: Können Sie dies beschreiben? Ja / Nein / Unklar
 e. Fühlen sich die widersprüchlichen Meinungen oder Gedanken wie Ihre eigenen an?
 f. Wie häufig kommt dies vor?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 80** Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein totaler Außenseiter zu sein, nicht dazuzugehören oder ganz anders zu sein als die anderen? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja:
 a. Wie häufig kommt dies vor?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
 b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 81** Spüren Sie manchmal starke Scham (z.B. sehr heftige, immer wieder auftretende, lang anhaltende und alles durchdringende Scham)? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 82** Hatten Sie schon einmal gegenüber sich selbst eine der folgenden negativen Empfindungen? Ja / Nein / Unklar
- a. Sie wollten nicht, dass andere Menschen Sie näher kennenlernen. Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Sie wollten sich vor anderen Menschen am liebsten verstecken oder ihnen aus dem Weg gehen. Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- c. Sie wollten sich am liebsten vor sich selbst verstecken oder sich selbst aus dem Weg gehen. Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 83** Haben Sie sich jemals sehr schuldig gefühlt? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel nennen?
- 84** Haben Sie im Allgemeinen das Gefühl, dass Sie beeinflussen oder kontrollieren können, was in Ihrem Alltagsleben passiert? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 85** Fühlen Sie sich im Allgemeinen sehr hilflos in Ihrem Alltag? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

Allgemeiner Schweregrad von SELBSTBILD- UND IDENTITÄTSPROBLEMEN

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind SELBSTBILD- UND IDENTITÄTSPROBLEME mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind SELBSTBILD- UND IDENTITÄTSPROBLEME mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN

- 86** Haben Sie stabile und dauerhafte Beziehungen zu anderen Menschen? Ja / Nein / Unklar
- a. Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Wenn nein: Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens lang andauernde Beziehungen gehabt? Ja / Nein / Unklar
- b-1 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 87** Hatten Sie jemals ernsthafte Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 88** Vermeiden Sie (enge) Beziehungen zu anderen Menschen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 89** Wenn Sie im Kontakt mit anderen Menschen sind:
- a. Haben Sie manchmal ein Gefühl der Fremdheit ihnen gegenüber? Ja / Nein / Unklar
- a-1 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Fühlen Sie sich bezüglich Ihrer eigenen Person im Kontakt mit anderen unsicher? Ja / Nein / Unklar
- b-1 Falls ja, können Sie ein Beispiel geben?
- c. Geraten Sie in der Interaktion mit anderen manchmal in innere Konflikte? Ja / Nein / Unklar
- c-1 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben oder beschreiben, wie ein solcher innerer Konflikt aussieht?
- c-2 Ist dann jeweils mehr als ein Gedanke / eine Stimme an dem inneren Konflikt beteiligt?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 90** Hatten Sie in Ihren Beziehungen zu anderen Menschen jemals Schwierigkeiten, mit Konflikten umzugehen? Ja / Nein / Unklar
- a-1 Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- a-2 Glauben Sie, dass diese Schwierigkeiten von widerstreitenden Gedanken / Meinungen in Ihnen verursacht oder beeinflusst wurden? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Denken Sie, dass Sie dazu neigen, sich in Beziehungskonflikten mehr verletzt zu fühlen, als das bei anderen Menschen der Fall ist? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 91** Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Menschen Ihnen absichtlich wehtun wollen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 92** Befürchten Sie manchmal, dass andere Menschen Sie verlassen werden? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Können Sie ein Beispiel geben?
- b. Was machen Sie, um das zu verhindern? Können Sie ein Beispiel geben?
- 93** Fühlen Sie sich von anderen Menschen sehr abhängig? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

94

a. Wie viel psychische Belastung und Unbehagen erleben Sie in Beziehungen mit anderen Menschen?

- Wenig oder kaum psychische Belastung und Unbehagen in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Häufiges Auftreten von psychischer Belastung und Unbehagen in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Andauernde psychische Belastung und fortwährendes Unbehagen in zwischenmenschlichen Beziehungen

b. Welche der bislang genannten Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen machen Ihnen am meisten zu schaffen?

- Instabile Beziehungen
- Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen
- Vermeiden von Beziehungen
- Sich fremd fühlen / sich unsicher fühlen / innere Konflikte erleben
- Umgang mit Konflikten
- Sich schnell verletzt fühlen
- Angst, verlassen zu werden
- Abhängigkeit

Allgemeiner Schweregrad von PROBLEMEN IN BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind PROBLEME IN BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind PROBLEME IN BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SEXUALITÄT

- 95** Ist es Ihnen unangenehm, wenn Sie von einer Person, die Sie gut kennen, körperlich berührt werden? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 96** Ist es Ihnen unangenehm, wenn Sie von Ihrem Partner sexuell berührt werden? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 97** Kommt es bei einem sexuellen Kontakt immer wieder vor, dass Sie:
- a. sich taub fühlen / nichts empfinden? Ja / Nein / Unklar
 - b. Ihren Körper verlassen? Ja / Nein / Unklar
 - c. einen (teilweisen) Erinnerungsverlust erleben? Ja / Nein / Unklar
 - d. Stimmen hören? Ja / Nein / Unklar
 - e. Ihre*n Partner*in / Ihre Umgebung nicht wiedererkennen? Ja / Nein / Unklar
 - f. unangenehme Bilder vor sich sehen? Ja / Nein / Unklar
- 98** Versuchen Sie, Gedanken an Sexualität zu vermeiden? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 99** Versuchen Sie, sexuellen Kontakt und/oder sexuelle Beziehungen zu vermeiden? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 100** Denken Sie mehr an Sex (oder an Themen, die mit Sex zu tun haben), als Sie möchten? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

101 Haben Sie sich jemals durch Gedanken an Sex und/oder sexuelle Beziehungen belastet gefühlt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft geschieht das?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

102 Hatten Sie schon einmal sexuellen Kontakt und/oder eine sexuelle Beziehung, ohne es wirklich zu wollen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig geschieht das?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Wird dieses Verhalten durch eine Stimme/Stimmen oder zwanghafte Gedanken beeinflusst?

Ja / Nein / Unklar

c. Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

103 Waren Sie sich zu irgendeiner Zeit nicht im Klaren über die eigene sexuelle Ausrichtung/Identität? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig geschieht das?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

104 Waren Sie jemals verunsichert, was Ihre sexuellen Vorlieben angeht? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig geschieht das?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

105 Wie viel psychische Belastung und Unbehagen erleben Sie, wenn es um Sexualität geht?

- Geringer oder minimaler Grad an psychischer Belastung und Unbehagen in Bezug auf Sexualität
- Häufiges Auftreten von psychischer Belastung und Unbehagen in Bezug auf Sexualität
- Ständiges Vorhandensein von psychischer Belastung und Unbehagen in Bezug auf Sexualität

Allgemeine Angaben zum Schweregrad von PROBLEMEN MIT SEXUALITÄT

0 = Keine

1 = Geringfügig

2 = Moderat

3 = Schwer

88 = Unklar

Sind PROBLEME MIT SEXUALITÄT mit Bewusstseinsveränderungen verbunden?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Sind PROBLEME MIT SEXUALITÄT mit Dissoziationssymptomen verbunden, die auf eine Aufspaltung der Persönlichkeit hinweisen?

0 = Nein

1 = Ja

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

TEIL 3: VERÄNDERUNGEN DES BEWUSSTSEINS

DEPERSONALISATION

Hinweise: In den Teilen 1 und 2 des Interviews wurden bereits verschiedene Fragen zu Depersonalisation gestellt. Falls der/die Patient*in bereits Beispiele dafür genannt hat, können Sie sich auf diese Beispiele beziehen oder gegebenenfalls auch einige der Fragen zu Depersonalisation auslassen.

- 106** Hatten Sie jemals ein starkes Gefühl der Unwirklichkeit oder der Distanziertheit oder Losgelöstheit von sich selbst? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- 107** Kam es Ihnen jemals vor, als würden Sie wie ein Roboter oder Automat handeln? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- 108** Kam es Ihnen jemals so vor, als seien Sie von Ihren Gefühlen abgeschnitten oder hätten den Kontakt zu ihnen verloren? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- 109** Haben Sie sich jemals so gefühlt, als seien Sie nicht richtig da, nicht wirklich anwesend? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Hinweis für den / die Befragter*in: Falls es keine Hinweise auf Depersonalisation gibt, können Sie mit dem nächsten Abschnitt „Derealisation“ fortfahren.

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 110** Wie oft treten diese (in den Fragen 106–109 genannten) Erfahrungen auf?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 111** Treten diese Erfahrungen ausschließlich nach dem Konsum von Alkohol, Drogen oder rezeptpflichtigen Medikamenten auf? Ja / Nein / Unklar
- 112** Treten diese Erfahrungen ausschließlich auf, wenn Sie:
- a. Unter Druck stehen / gestresst sind? Ja / Nein / Unklar
b. Müde sind? Ja / Nein / Unklar
c. Niedergeschlagen sind? Ja / Nein / Unklar
d. Verwirrt sind? Ja / Nein / Unklar
e. Krank sind? Ja / Nein / Unklar
f. Ängstlich sind? Ja / Nein / Unklar
g. Anderes: _____
- 113** Treten diese Erfahrungen auch auf, wenn Sie nicht in einer der gerade (in Frage 112) genannten Situationen sind? Ja / Nein / Unklar

Allgemeiner Schweregrad der DEPERSONALISATION

- 0 = Nicht vorhanden
1 = Schwach
2 = Mittelschwer
3 = Schwer
88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

DEREALISATION

- 114** Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Ihnen Personen oder die Welt um Sie herum unwirklich vorkommen?
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben? Ja / Nein / Unklar
- 115** Hatten Sie jemals das Gefühl, als würden Sie die Welt wie durch einen Nebel sehen?
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben? Ja / Nein / Unklar
- 116** Haben Sie sich jemals von Ihren Freunden oder Ihrer Familie entfremdet gefühlt?
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben? Ja / Nein / Unklar
- 117** Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Ihnen Ihr eigenes Haus/Ihre Wohnung oder ein anderer vertrauter Ort unwirklich oder fremd vorkam?
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben? Ja / Nein / Unklar

Hinweis für den/die Befragter*in: Falls es keine Hinweise auf Derealisation gibt, können Sie mit dem nächsten Abschnitt „Absorptionserleben, Trance und Tagträume“ fortfahren.

- 118** Wie oft treten diese Erfahrungen (erwähnt in den Fragen 114–117) auf?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 119** Treten diese Erfahrungen ausschließlich nach dem Konsum von Alkohol, Drogen oder dem Gebrauch von rezeptpflichtigen Medikamenten auf? Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

120 Treten diese Erfahrungen ausschließlich dann auf, wenn Sie:

- | | |
|--|--------------------|
| a. Unter Druck stehen / gestresst sind? | Ja / Nein / Unklar |
| b. Müde sind? | Ja / Nein / Unklar |
| c. Niedergeschlagen sind? | Ja / Nein / Unklar |
| d. Verwirrt sind? | Ja / Nein / Unklar |
| e. Krank sind? | Ja / Nein / Unklar |
| f. Ängstlich sind? | Ja / Nein / Unklar |
| g. Die Erfahrungen treten auf, ohne dass eine klare Ursache zu erkennen ist. | Ja / Nein / Unklar |
| h. Anderes: _____ | |

121 Treten diese Erfahrungen (s. Frage 120) auf:

Ja / Nein / Unklar

- a. Wenn Sie sich selbst fremd vorkommen?
- Nie Manchmal Immer Unklar
- b. Ohne das Gefühl, sich selbst fremd zu sein?
- Nie Manchmal Immer Unklar

Allgemeiner Schweregrad der DEREALISATION

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

ABSORPTIONSERLEBEN, TRANCE UND TAGTRÄUME

- 122** Haben Sie je die Erfahrung gemacht, dass Sie so sehr in ein Buch, einen Film, Ihre Arbeit oder in etwas anderes vertieft sind, dass Sie nicht mitbekommen, was um Sie herum geschieht? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie oft kommt das vor?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

- 123** Haben Sie je die Erfahrung gemacht, dass Sie so sehr in Ihren Gedanken versunken waren, dass Sie nicht merkten, wie viel Zeit verstrichen war? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie oft kommt das vor?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

- 124** Ist es Ihnen je so gegangen, dass Sie stundenlang in die Luft starrten, ohne etwas zu denken? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie oft kommt das vor?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

- 125** Haben Sie sich je in einem tranceähnlichen Zustand befunden? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie oft kommt das vor?

Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

126 Haben Sie eine lebhafte Vorstellungskraft?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Hinweis für den/die Befragter*in: Im Folgenden finden Sie einige Fragen zu Tagträumen. Falls Sie den Eindruck bekommen, dass der/die Patient*in oft in Tagträume abschweift, können Sie Fragen aus der „Skala zu maladaptiven Tagträumen (16 Items, MDS-16)“ hinzuziehen, die in Anhang 5 von *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* (Boon 2025) zu finden ist.

127 Verlieren Sie sich leicht in Tagträumen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Wie oft kommt es vor, dass Sie tagträumen?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

c. Wenn Sie tagträumen: Sind Sie sich Ihrer jeweiligen Umgebung bewusst?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

128 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Sie so stark in einen Tagtraum (oder eine Fantasie) vertieft waren, dass es sich anfühlte, als würde es tatsächlich geschehen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Können Sie Ihre Tagträume leicht abschütteln?

Ja / Nein / Unklar

c. Stört es Sie, wenn Sie nicht tagträumen können oder wenn Ihre Tagträume unterbrochen werden?

Ja / Nein / Unklar

d. Behindert Sie das Tagträumen bei Ihren alltäglichen Aktivitäten?

Ja / Nein / Unklar

Allgemeiner Schweregrad von ABSORPTIONSERLEBEN, TRANCE UND TAGTRÄUMEN

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • Gelegentlich (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • Monatlich (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • Wöchentlich (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

TEIL 4: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN, SOMATOFORME DISSOZIATION

MEDIZINISCHE / SOMATISCHE VORGESCHICHTE

129 Haben Sie körperliche Beschwerden, Symptome oder Probleme? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Welcher Art?

b. Haben Sie deswegen einen Arzt aufgesucht? Ja / Nein / Unklar

130 Haben Sie oder hatten Sie jemals Beschwerden, für die keine medizinische Ursache gefunden wurde? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Welche Beschwerden?

b. Wie oft treten diese Beschwerden auf?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Der/die Befragter*in leitet die anschließenden Fragen etwa wie folgt ein: „Ich stelle Ihnen nun spezifische Fragen zu körperlichen Beschwerden.“

131 Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Migräne? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Wie oft treten diese Beschwerden auf?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

132 Haben Sie jemals eine Kopfverletzung erlitten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie ist das passiert?

b. Wurden Sie dabei bewusstlos? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Wissen Sie, für wie lange?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

133 Haben Sie jemals Bauchschmerzen ohne klare medizinische Ursachen gehabt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie das näher erläutern?

134 Haben Sie jemals an einer der folgenden Beschwerden gelitten?

- a. Schwierigkeiten beim Wasserlassen Ja / Nein / Unklar
- b. Schmerzen beim Wasserlassen Ja / Nein / Unklar
- c. Plötzliche Unfähigkeit, Urin zurückzuhalten Ja / Nein / Unklar
- d. Einnässen ins Bett Ja / Nein / Unklar

135 Sind bei Ihnen jemals Ohnmachtsanfälle oder Absenzen aufgetreten, für die keine medizinische Ursache gefunden werden konnte? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

- a. Können Sie beschreiben, was passiert ist?
- b. Haben Sie das Bewusstsein verloren? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

b-1 Wie lange waren Sie bewusstlos?

c. Wie oft haben Sie diese Anfälle?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
- Täglich Unklar

136 Hatten Sie jemals (pseudo-)epileptische Anfälle? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft tritt dies auf?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
- Täglich Unklar

b. Sind Sie deswegen jemals neurologisch untersucht worden? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

b-1 Wurden körperliche Ursachen für diese Anfälle gefunden?

c. Wurden Sie wegen dieser Anfälle behandelt? Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

137 Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass ein Teil Ihres Körpers oder der gesamte Körper Ihnen fremd ist? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

138 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass Sie Ihren Körper (oder Teile davon) nicht spürten, dass er empfindungslos war oder dass Sie Schmerzen nicht richtig wahrnehmen konnten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft ist das vorgekommen?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben? (Falls es sich nur um einen Körperteil handelt: Welcher ist es?)

c. Haben Sie in solchen Situationen einen Arztbesuch zu lange aufgeschoben?

Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 139** Haben Sie jemals an anderen (neurologischen) Beschwerden gelitten, für die keine medizinische Ursache gefunden werden konnte, beispielsweise:
- a. Stimmverlust (teilweise oder vollständig)? Ja / Nein / Unklar
 - a-1 Falls ja: Können Sie diese Erfahrung genauer beschreiben?
 - b. Kraftverlust oder Lähmungserscheinungen in Armen und Beinen? Ja / Nein / Unklar
 - b-1 Falls ja: Können Sie das genauer beschreiben?
 - c. Vollständige Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu sprechen und/oder auf die Umgebung zu reagieren? Ja / Nein / Unklar
 - c-1 Falls ja: Können Sie das genauer beschreiben?
 - d. Plötzliche (vorübergehende) Probleme mit dem Sehen oder Hören? Ja / Nein / Unklar
 - d-1 Falls ja: Können Sie das genauer beschreiben?
 - e. Nicht riechen oder schmecken können ohne medizinischen Grund? Ja / Nein / Unklar
 - e-1 Falls ja: Können Sie es genauer beschreiben?
 - f. Schwierigkeiten beim Schlucken? Ja / Nein / Unklar
 - f-1 Falls ja: Können Sie das genauer beschreiben?

- 140** Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, auf Reize (Stimuli) übersensibel zu reagieren, zum Beispiel auf:
- a. Geräusche (z.B. alles klingt sehr laut)? Ja / Nein / Unklar
 - b. Gerüche (z.B. ein bestimmter Geruch ist sehr intensiv)? Ja / Nein / Unklar
 - c. Geschmack (z.B. ein ganz übler Geschmack im Mund)? Ja / Nein / Unklar
 - d. Licht (es wirkt z.B. äußerst grell)? Ja / Nein / Unklar
 - e. Anderes: _____

- 141** Wie oft stellen sich diese (in den Fragen 139 und 140 genannten) Erfahrungen ein?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Häufigkeit:
Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

142 Treten bei Ihnen manchmal unwillkürliche Bewegungen oder Tics auf? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft geschieht das?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

143 Gibt es körperliche Symptome, nach denen ich nicht gefragt habe? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie mir mehr darüber berichten?

b. Wie häufig treten sie auf?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

144 Hatten Sie als Kind Unfälle? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie diese Unfälle beschreiben?

b. Wie oft ereigneten sich solche Unfälle?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

145 Wurden Sie als Kind ins Krankenhaus eingewiesen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Weshalb wurden Sie eingewiesen?

b. Wie oft?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Allgemeiner Schweregrad SOMATOFORMER DISSOZIATIONSSYMPTOME

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

TEIL 5: PSYCHOFORME DISSOZIATIONSSYMPTOME

AMNESIE

- 146** Haben Sie im Allgemeinen ein gutes Gedächtnis? Ja / Nein / Unklar
Falls nein: Können Sie Ihre Gedächtnisprobleme beschreiben?
- 147** Haben Sie manchmal Konzentrationsprobleme? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 148** Gibt es manchmal Phasen, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich daran zu erinnern, was Sie tagsüber gemacht haben, oder in denen es Lücken in Ihrer Erinnerung gibt? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Können Sie diese Phasen beschreiben?
b. Wie oft kommen sie vor?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 149** Gibt es manchmal Phasen, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich an wichtige Ereignisse aus Ihrer Vergangenheit zu erinnern? Ja / Nein / Unklar
Falls ja:
a. Können Sie ein Beispiel geben?
b. Wie oft haben Sie diese Gedächtnisprobleme?
 Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
c. Haben Sie diese Gedächtnisprobleme auch jetzt? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 150** Empfinden Sie es manchmal so, dass die Zeit sehr schnell oder sehr langsam vergeht? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 151** Ist es jemals vorgekommen, dass Sie sich irgendwo befanden, ohne sich erinnern zu können, wie Sie dorthin gekommen waren (wobei Sie nicht unter dem Einfluss von Substanzen wie Alkohol oder anderen Drogen standen)? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Können Sie beschreiben, was passiert ist?
- b. Wie oft erleben Sie so etwas?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 152** Haben Ihnen jemals andere Menschen gesagt, dass Sie irgendwo gesehen wurden oder waren, während Sie sich selbst aber nicht daran erinnern konnten, dass Sie dort waren? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie beschreiben, was passiert ist?
- 153** Sind Sie jemals auf Anzeichen oder Beweise dafür gestoßen, dass Sie offenbar Dinge getan hatten, an die Sie sich nicht erinnern konnten? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 154** Haben Sie jemals wichtige persönliche Informationen vergessen, etwa Ihre Adresse, Ihren Namen oder Ihr Alter? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 155** Wie oft kommt es vor, dass Sie solche Erfahrungen machen (wie in den Fragen 152 bis 154 beschrieben)?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- 156** Können Sie sich, wenn Sie Erinnerungsprobleme haben, manchmal an das erinnern, was Sie getan haben, indem Sie sich sehr anstrengen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie beschreiben, wie Sie das machen?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

157 Machen Sie manchmal die Erfahrung, dass Sie sich überhaupt nicht an wichtige Ereignisse erinnern können, von denen Sie wissen, dass sie geschehen sein müssen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

158 Machen Sie manchmal die Erfahrung, dass unerwünschte Erinnerungen unerwartet in Ihr Bewusstsein dringen, obwohl Sie sie auszublenden versuchen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

159 Haben Sie sich schon einmal ganz plötzlich an etwas erinnert, das Sie eigentlich komplett vergessen hatten?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Hinweis für den/ die Befragter*in: Falls es keine Hinweise auf Gedächtnisprobleme gibt, können Sie mit dem nächsten Abschnitt „Schneider’sche Symptome“ fortfahren.

160 Wann ist Ihnen zum ersten Mal klar geworden, dass Sie Gedächtnisprobleme haben oder dass es Ihnen schwerfällt, sich an bestimmte Zeitabschnitte zu erinnern?

- Im vergangenen Jahr
- Vor zwei bis fünf Jahren
- Vor mehr als fünf Jahren
- In der Kindheit

Können Sie die Situation beschreiben, in der Ihnen das klar wurde?

161 Treten Ihre Gedächtnisprobleme nur während oder nach Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum auf?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

162 Kommen Ihre Gedächtnisprobleme nur vor, wenn Sie:

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| a. unter Druck / Stress stehen? | Ja / Nein / Unklar |
| b. müde sind? | Ja / Nein / Unklar |
| c. niedergeschlagen sind? | Ja / Nein / Unklar |
| d. verwirrt sind? | Ja / Nein / Unklar |
| e. krank sind? | Ja / Nein / Unklar |
| f. ängstlich sind? | Ja / Nein / Unklar |
| g. Anderer Grund: _____ | |

Falls ja: Können Sie Beispiele geben?

Allgemeiner Schweregrad von AMNESIE

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SCHNEIDER'SCHE SYMPTOME / INTRUSIONEN

Hinweis für den / die Befrager*in: Falls bei den vorangegangenen Fragen deutlich wurde, dass der / die Patient*in Stimmen hört, können Sie das Interview dementsprechend weiterführen. Sie sollten dann jedoch alle Fragen dieses Abschnitts (163 bis 190) stellen.

163 Haben Sie jemals Stimmen in Ihrem Kopf oder von außerhalb Ihres Kopfes gehört? Ja / Nein / Unklar

a. Falls ja:

- Eine Stimme oder Stimmen in Ihrem Kopf?
- Eine Stimme oder Stimmen außerhalb Ihres Kopfs?
- Eine Stimme oder Stimmen sowohl in Ihrem Kopf als auch außerhalb Ihres Kopfs?
- Stimmen, die wie laut ausgesprochene Gedanken klangen (als würden Sie die eigenen Gedanken in Ihrem Kopf hören)?

b. Können Sie die Stimme/n beschreiben?

Hinweis für den / die Befrager*in: Gibt es keine Anzeichen dafür, dass der / die Patient*in Stimmen hört, können Sie direkt mit Frage 179 fortfahren.

164 Wie häufig geschieht dies?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
- Täglich Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 165** Wann haben Sie zum ersten Mal diese Stimme/n gehört?
- Vor dem zehnten Lebensjahr
 - Nach dem zehnten Lebensjahr
 - Als Jugendliche*r
 - Als Erwachsene*r
 - Nach einem kritischen Lebensereignis oder einem sonstigen Vorfall
 - Anderes: _____
- 166** Hören Sie eine Stimme oder mehrere Stimmen?
- Eine Stimme
 - Mehrere Stimmen
- 167** Handelt es sich sowohl um männliche als auch um weibliche Stimmen? Ja / Nein / Unklar
- 168** Hören Sie auch Stimmen von Kindern? Ja / Nein / Unklar
- 169** Sprechen diese Stimmen untereinander über Sie, ohne dass Sie selbst am Gespräch teilnehmen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel nennen?
- 170** Ist während unseres Gesprächs in Ihnen eine Diskussion im Gange? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie sie beschreiben?
- 171** Haben Sie jemals eine Stimme gehört, die Ihnen Befehle erteilt, die Ihnen sagt, was Sie tun (oder nicht tun) sollen oder die Ihr Verhalten kommentiert? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 172** Haben Sie jemals kritisierende oder strafende Stimmen gehört? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 173** Hören Sie auch freundliche oder unterstützende Stimmen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 174** Haben die Stimmen Namen? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 175** Haben Sie jemals Stimmen von außerhalb Ihres Kopfes gehört? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 176** Können auch andere Menschen Ihre Stimmen hören? Ja / Nein / Unklar
Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 177** Denken Sie, dass die Stimmen nicht nur mit Ihnen, sondern auch Ja / Nein / Unklar
mit anderen Menschen sprechen können? Beispielsweise mit einem Freund oder mit mir (dem Interviewer / der Interviewerin)?
Falls ja: Können Sie dies bitte beschreiben?
- 178** Haben die Stimmen eine bestimmte Haltung / Meinung zu mir Ja / Nein / Unklar
(dem Interviewer / der Interviewerin)?

Hinweis für den / die Befragter*in: Fortsetzung ab Frage 163

Die Fragen 179 und 180 können unterschiedlich interpretiert werden, unter anderem in der Weise, dass sie Bezug nehmen auf das Gefühl des „Kontrolliertwerdens“ durch dissoziierte Anteile der Persönlichkeit (sogar dann, wenn die dissoziierten Anteile dem / der Patient*in nicht bewusst sind oder er / sie nichts von ihnen weiß).

Besitzergreifung durch den Teufel oder durch Dämonen wird oft auch von Patient*innen mit dissoziativen Störungen berichtet, die in westlichen Ländern in (konservativen) religiösen Gemeinschaften aufgewachsen sind oder leben. Aggressive oder selbstverletzende Anteile können in solchen Fällen als Dämonen erlebt werden. Auch bei nicht aus westlichen Ländern stammenden Patient*innen kommt es vor, dass sie von Situationen berichten, in denen sie sich als „besessen“ erleben. In diesen Fällen wird empfohlen, das im DSM-5 enthaltene „Interview zu kulturell gebundenen Ausdrucksformen“ durchzuführen (DSM-5, deutsche Ausgabe 2015, S. 1029–1040).

Natürlich können auch Symptome einer Psychose vorliegen (siehe Kapitel 7 in *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* [Boon 2025]).

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 179** Hatten Sie jemals das Empfinden, dass Ihr Verhalten oder Ihre Gefühle beeinflusst wurden durch etwas, das nicht von Ihnen selbst kam (und das keine innere Stimme war)? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Wie häufig kommt dies vor?
- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar
- b. Können Sie ein Beispiel geben?
- c. Scheint es sich dabei um etwas zu handeln, das:
- c-1 außerhalb von Ihnen ist? Ja / Nein / Unklar
c-2 in Ihnen selbst ist? Ja / Nein / Unklar
c-3 etwas anderes: _____ ?
- d. Können Sie mir dies beschreiben?
- 180** Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, von einer äußeren Kraft kontrolliert zu werden oder besessen zu sein? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 181** Haben Sie jemals per Fernsehen, Computer, Radio oder auf eine andere Art und Weise Befehle empfangen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 182** Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Ihnen seltsame oder ungewöhnliche Gedanken von außen eingegeben werden? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 183** Hatten Sie jemals das Gefühl, dass in Ihrem Bewusstsein plötzlich Gedanken auftauchen, die nicht Ihre eigenen zu sein scheinen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?
- 184** Kommen Ihnen manchmal (plötzlich) Gedanken in den Kopf, die mit der aktuellen Situation nichts zu tun haben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

185 Wie oft machen Sie diese Erfahrungen (die in den Fragen 181 bis 184 benannt sind)?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

186 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Gedanken plötzlich aus Ihrem Kopf herausgenommen werden oder dass Ihr Kopf mit einem Mal „leer“ ist?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

187 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Gedanken nach außen übertragen werden, sodass andere Menschen sie hören können?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

188 Waren Sie jemals von Gefühlen wie Traurigkeit, Ärger oder Wut erfüllt, die ganz plötzlich da waren und aus dem Nichts zu kommen schienen?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

189 Ist es schon vorgekommen, dass Ihre Gefühle ohne ersichtlichen Grund plötzlich verschwunden waren (z. B. dass Sie von starken Gefühlen erfüllt und dann mit einem Mal in einem Zustand völliger Empfindungslosigkeit waren)?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie häufig kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

190 Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass etwas in Ihnen Sie dazu bringt, sich auf eine für Sie sehr untypische Weise zu verhalten?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

Allgemeiner Schweregrad von SCHNEIDER'SCHEN SYMPTOMEN / INTRUSIONEN

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

SYMPTOME, DIE AUF EINE AUFSPALTUNG DER PERSÖNLICHKEIT HINWEISEN

191 Haben Sie je das Gefühl gehabt, sich selbst aus der Distanz zu sehen, von einem Punkt außerhalb Ihres Körpers? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Wie oft geschieht dies?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

c. Wenn Sie die Erfahrung machen, außerhalb Ihres Körpers zu sein, wo sind Sie dann? Können Sie das beschreiben?

d. In welchen Situationen geschieht Ihnen das?

e. Sind Sie es selbst, den/die Sie da von außerhalb Ihres Körpers vor sich sehen, oder fühlt es sich so an, als würden Sie auf eine andere Person schauen?

192 Haben Sie je das Gefühl gehabt, dass sich Ihr Körper oder Teile Ihres Körpers veränderten? Zum Beispiel, dass Ihr Körper größer / kleiner oder stärker / schwächer zu sein schien? Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie ein Beispiel geben?

193 Haben Sie je erlebt, dass Sie in einen Spiegel schauten und sich selbst nicht (wirklich) wiedererkannten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Wie oft machen Sie diese Erfahrung?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

194 Haben Sie je erlebt, dass Sie Ihr eigenes Haus oder die Straße, in der Sie wohnen, nicht erkannten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

195 Sind Sie einmal darauf hingewiesen worden, Sie hätten eine gute Freundin oder einen Verwandten nicht erkannt? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie beschreiben, was die Leute zu Ihnen gesagt haben?

b. War Ihnen klar, was die anderen meinten?

c. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

196 Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten sich in einer Situation ganz anders verhalten, als Sie es normalerweise tun? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie wiedergeben, was Ihnen gesagt wurde?

b. War für Sie klar, was die anderen meinten?

c. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

Ja / Nein / Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

197 Haben Sie je die Erfahrung gemacht, dass Ihr Verhalten, Ihr Geschmack oder Ihre Vorlieben sich plötzlich änderten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Können Sie diese Wechsel erklären? Ja / Nein / Unklar

c. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

198 Sind Sie manchmal hin- und hergerissen und mit sich selbst darüber uneins, was Sie tun wollen, was Sie fühlen, was Sie sich wünschen, was Sie mögen oder was Sie erwarten? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

c. Spielt sich der innere Kampf ab zwischen:

- zwei widersprüchlichen Wünschen oder Meinungen?
 mehr als zwei widersprüchlichen Wünschen oder Meinungen?
 Unklar/Anderes: _____

199 Erleben Sie manchmal, dass Ihnen plötzlich bestimmte Fähigkeiten, Kenntnisse oder Fertigkeiten verloren gehen, über die Sie normalerweise verfügen? Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

200 Erleben Sie manchmal, dass Sie plötzlich bestimmte Fähigkeiten, Kenntnisse oder Fertigkeiten haben, über die Sie normalerweise nicht verfügen (etwa dass Sie eine Fremdsprache sprechen oder ein Musikinstrument spielen können)?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Wie oft kommt dies vor?

- Selten Gelegentlich Monatlich Wöchentlich
 Täglich Unklar

b. Können Sie ein Beispiel geben?

Allgemeiner Schweregrad von SYMPTOMEN, DIE (MÖGLICHERWEISE) AUF EINE AUFSPALTUNG DER PERSÖNLICHKEIT HINWEISEN

0 = Nicht vorhanden

1 = Schwach

2 = Mittelschwer

3 = Schwer

88 = Unklar

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

DISSOZIIERTE PERSÖNLICHKEITSANTEILE

Hinweis für den/ die Befrager*in: Fragen zu dissoziierten Persönlichkeitsanteilen müssen nur gestellt werden, wenn sich im Verlauf des Interviews klare Hinweise darauf ergeben, dass solche Anteile vorhanden sein könnten. Weitere Erläuterungen entnehmen Sie bitte Kapitel 5 des Buchs *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* (Boon 2025).

- 201** Hatten Sie je das Gefühl, dass in Ihnen unterschiedliche Teile Ihrer selbst existieren? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- Können Sie ein Beispiel geben?
 - Was lässt Sie vermuten oder weshalb wissen Sie, dass es andere Teile Ihres Selbst gibt?

Hinweis für den/ die Befrager*in: Nicht selten fühlen Patient*innen sich außerstande oder haben Angst davor, über dissoziierte Persönlichkeitsanteile zu sprechen, selbst wenn es eindeutige Anhaltspunkte für deren Existenz gibt. In solch einem Fall können Sie beschließen, das Interview an dieser Stelle zu beenden, oder noch einmal auf die Symptome zurückkommen, die auf die Existenz von dissoziierten Anteilen des Patienten/ der Patientin hinweisen.

- 202** Können Sie mir etwas mehr über diese unterschiedlichen Teile oder Seiten Ihrer Persönlichkeit erzählen? Ja / Nein / Unklar
- 203** In welcher Hinsicht unterscheiden sich diese Anteile (Aspekte/ Seiten) von Ihnen? Ja / Nein / Unklar
- Können Sie das genauer ausführen?
 - Gibt es Anteile, deren Geschlecht anders ist als Ihres? Ja / Nein / Unklar
 - Gibt es Anteile mit unterschiedlichem Alter? Ja / Nein / Unklar
 - Denken Sie, dass die Anteile Erinnerungen haben, die sich von Ihren unterscheiden? Ja / Nein / Unklar
- d-1 Falls ja: Wie kommen Sie darauf?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

204 Wissen Sie, ob es vorkommt, dass ein Anteil oder mehrere Anteile (Aspekte/Seiten) Ihrer Persönlichkeit Ihr Handeln / Ihre Gedanken / Ihre Gefühle beeinflussen, ohne dass Sie die geringste Kontrolle darüber haben?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie ein Beispiel geben?

b. Woran merken Sie das?

c. Können Sie sich jedes Mal an eine solche Erfahrung erinnern?

Ja / Nein / Unklar

205 Wissen Sie, ob es Anteile gibt, die bei Alltagsaktivitäten die Kontrolle über Ihr Verhalten übernehmen (etwa beim Einkaufen, bei der Kinderbetreuung, bei der Arbeit)?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja: Können Sie das näher beschreiben?

206 Empfinden Sie diese Anteile als zu sich gehörig?

Ja / Nein / Unklar

Falls ja:

a. Können Sie das näher erläutern?

b. Woran merken Sie, dass diese Anteile anwesend sind?

Falls nein:

c. Können Sie das erläutern?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

ANHANG ZUM TADS-I

VERDACHT AUF IMITATION VON DIS (ODER AUF EINE DURCH ANDERE GESTELLTE FALSCH POSITIVE DIAGNOSE EINER DISSOZIATIVEN STÖRUNG)

Hinweis für den/ die Befrager*in: Bitte stellen Sie die nachfolgenden Fragen NUR, wenn Sie den Verdacht haben, dass eine falsch positive Diagnose einer dissoziativen Störung vorliegt oder dass der/ die Patient*in DIS-Symptome imitiert. Weitere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den Kapiteln 5 und 10 des Buchs *Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation* (Boon 2025).

- 207** Wurde bei Ihnen schon einmal die Diagnose DIS durch einen Therapeuten/ eine Therapeutin oder einen Arzt/ eine Ärztin gestellt? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja:
- a. Woraus ergab sich die Diagnose?
 - b. Wurde ein formelles Interview geführt?
 - c. Haben Sie einen Fragebogen ausgefüllt oder wurden andere Untersuchungsmethoden eingesetzt? Ja / Nein / Unklar
Ja / Nein / Unklar
 - d. Gab es Therapeuten oder Therapeutinnen, die an dieser Diagnose zweifelten? Ja / Nein / Unklar
 - d-1 Falls ja: Können Sie beschreiben, wie das für Sie war?
- 208** Denken Sie selbst, dass Sie eine DIS haben? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Wie sind Sie auf diesen Gedanken gekommen?
- 209** Haben Sie schon mal etwas über die Diagnose DIS gelesen? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Was haben Sie gelesen?
- 210** Haben Sie Menschen kennengelernt, die diese Diagnose bekommen hatten? Ja / Nein / Unklar
- Falls ja: Wie haben Sie diese Menschen kennengelernt?

Häufigkeit:

Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)

- 211** Nutzen Sie manchmal das Internet, um sich über die Diagnose DIS zu informieren? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja: Haben Sie schon einmal an einer Chatgruppe von DIS-Patient*innen teilgenommen?
- 212** Haben Sie jemals an einer Selbsthilfegruppe von DIS-Patient*innen teilgenommen? Ja / Nein / Unklar
- 213** Gibt es Freunde, Freundinnen oder Verwandte, die denken, dass bei Ihnen eine DIS besteht? Ja / Nein / Unklar
 Falls ja:
 a. Weshalb denken diese Personen das?
 b. Sprechen diese Personen auch mit Ihren anderen Persönlichkeitsanteilen, oder haben sie auf andere Weise mit ihnen zu tun? Ja / Nein / Unklar
- 214** Wie wäre es für Sie, wenn ich Ihnen sagen würde, dass Sie nach meiner Meinung keine DIS haben (oder dass ich große Zweifel habe, ob bei Ihnen wirklich eine DIS vorliegt)?
 Was würde das für die Menschen um Sie herum bedeuten?

Häufigkeit:
Selten (bis zu dreimal im zurückliegenden Jahr) • **Gelegentlich** (vier- bis elfmal im zurückliegenden Jahr) • **Monatlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal im Monat) • **Wöchentlich** (im zurückliegenden Jahr mindestens einmal in der Woche)