

Mini-DIPS

Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen

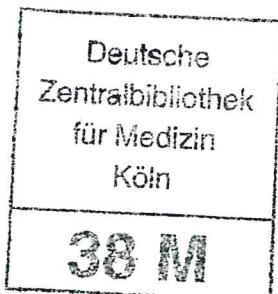
Interviewleitfaden

J. Margraf

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo
Hong Kong Barcelona
Budapest



Prof. Dr. JÜRGEN MARGRAF
Institut für Klinische Psychologie
Technische Universität Dresden
Mommsenstraße 13
01069 Dresden
Deutschland



94 2B 6236

ISBN 3-540-56994-4 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen : Mini-DIPS / [Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie]. J. Margraf – Berlin ; Heidelberg ; New York ; London ; Paris ; Tokyo ; Hong Kong ; Barcelona ; Budapest ; Springer.
ISBN 3-540-56994-4 (Berlin...)
NE: Margraf, Jürgen; Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie; Mini-DIPS
Interviewleitfaden. – 1994

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zu widerhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1994
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall, anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Einbandgestaltung: Struve & Partner, Heidelberg
Satz: Reproduktionsfertige Vorlage vom Autor
Druck: Druckhaus Beltz, Hembsbach
Bindearbeiten: Landenberger, Altlußheim
26/3130-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Irmela Florin,
meiner »Habilitationsmutter«, gewidmet

Kurzanleitung zur Durchführung des Mini-DIPS

Auf den jeweils rechten (ungeraden) Seiten des Leitfadens befinden sich in Kursivschrift die Interview-Fragen, die den Patienten gestellt werden sollen, sowie kurze Hinweise an die Interviewer (in Normalschrift). Auf den gegenüberliegenden linken (geraden) Seiten sind Tips, Kurzinformationen und differentialdiagnostische Hinweise zu den jeweils behandelten Störungen aufgeführt.

Die Antworten der Patienten können direkt im Leitfaden protokolliert werden. Das Interview beginnt mit einem kurzen Überblick über die Basisdaten und die im Vordergrund stehenden Beschwerden.

Die Störungsbilder sind zu Problembereichen mit gemeinsamen Übersichtsfragen gruppiert sind. Diese "Vor-Screening-Fragen" ermöglichen einen ersten Eindruck über das Vorliegen des betreffenden Störungsbildes. Falls Unsicherheit besteht, sollten auf jeden Fall die weiteren Fragen gestellt werden.

Falls Fragen "Platzhalter" wie (...) oder in Klammern gesetzte abstrakte Begriffe enthalten, sollen hier die entsprechenden eigenen Worte der Patienten eingesetzt werden.

Dort, wo unter einer Frage "beschreiben" steht, sollten Sie ein Beispiel oder eine Beschreibung des Phänomens notieren. Diese Darstellungen verhindern, daß Sie einfach "JA"-Antworten auf vielleicht falsch verstandene Fragen akzeptieren.

Die Fragen beziehen sich auf den derzeitigen Zustand der Patienten, für ein volles Verständnis des klinischen Bildes kann es aber günstig sein, zusätzlich auch nach früheren Beschwerden zu fragen ("Lebenszeitdiagnosen").

Nehmen Sie die "Klinischen Einschätzungen und Diagnosen" erst nach Beendigung des gesamten Interviews vor, um den Gesamteindruck berücksichtigen zu können.

Checkliste für alle Problembereiche/Diagnosen

Die folgenden Punkte müssen für jede Störung abgeklärt werden, bevor eine Diagnose gestellt werden kann. Da sie sich wiederholen, sind sie nicht bei jeder Störung von neuem aufgeführt, sondern im folgenden in Form einer Checkliste zusammengestellt. Diese Fragen müssen geklärt werden, wenn die anderen Kriterien für die jeweilige Störung erfüllt sind.

- (1) Ist die Beteiligung organischer Faktoren ausgeschlossen bzw. abgeklärt?
- (2) Sind die Beschwerden der Situation unangemessen, übertrieben oder irrational?
- (3) Verursachen die Beschwerden eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensführung?
- (4) Ist ein möglicher Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen ausgeschlossen bzw. abgeklärt?

ÜBERBLICK

Name: _____

Datum: _____

Adresse: _____

Geschlecht: _____

Telefon: _____

Interviewer/in: _____

*Ich werde Ihnen eine Anzahl von Fragen zu unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens stellen.
Zunächst wüßte ich gerne, ob Sie in letzter Zeit Probleme oder Schwierigkeiten hatten?*

Ja Nein

Falls Ja: *Worin bestehen oder bestanden die Beschwerden?*

Jetzt möchte ich Ihnen weitere Fragen über verschiedene einzelne Bereiche stellen, in denen Menschen Probleme haben können.

Möglichst mit der Störung beginnen, die als Hauptproblem angegeben wurde.

ANGST

Phobien: Agoraphobien, Sozialphobien und spezifische Phobien können sich hinsichtlich der phobischen Objekte oder Situationen **überlappen**.

Abgrenzung verschiedener Phobien:

Neben den DSM-Kriterien können die folgenden Merkmale zur Abgrenzung dienen:

1. Das **Muster der phobischen Reize** (siehe die nebenstehenden Beispiele).
2. Die **zentralen Befürchtungen** (Agoraphobie: Angst vor Angstanfall oder dessen Konsequenzen, Sozialphobie: Angst vor negativer Bewertung, spezifische Phobie: Angst vor unmittelbar vom Objekt ausgehenden Gefahren).

Paniksyndrom ohne Agoraphobie bzw. Paniksyndrom mit Agoraphobie

Hauptmerkmal: Angstanfälle oder dauerhafte diesbezügliche Sorgen
Angstanfälle: plötzlich, "spontan", intensiv, Körpersymptome, Gefahrengefühl
Typisch: "Angst vor der Angst", befürchtete katastrophale Konsequenzen
Spontaneität: unerwartet, ohne erkennbare Ursache, nicht situationsgebunden
Agoraphobie: ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (siehe unten)

Für die Diagnose müssen v.a. folgende spezielle Kriterien erfüllt sein:

Spontaneität: mindestens manche Anfälle unerwartet
Symptome: mindestens vier der nebenan genannten Symptome
Zeitverlauf: Symptome wenigstens manchmal innerhalb von 10 Minuten nach Anfallsbeginn vorhanden
Häufigkeit: wiederkehrende unerwartete Anfälle, die zu einer bedeutsamen Verhaltensänderung führen oder mindestens einen Monat lang von anhaltender Sorge über weitere Anfälle oder deren Konsequenzen begleitet sind
Abgrenzung: Wenn Angstanfälle nur bei bestimmten Reizen: spezifische Phobie (z.B. Hundephobie), nur in sozialen Situationen: Sozialphobie

PROBLEMBEREICH ANGST

Problem-Übersicht

Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und möchte Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:

- | | | |
|------|---|---|
| PS: | <i>Plötzliche und unerwartete Angst, ohne daß reale Gefahr vorliegt?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| AG: | <i>Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| SP: | <i>Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Parties oder Gespräche?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| SPP: | <i>Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| GAS: | <i>Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| PB: | <i>Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen?</i> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Störungsbereiche, für die Angst oder Vermeidung berichtet werden, einzeln abklären. Falls alle Bereiche mit Nein beantwortet werden, weiter zum Problembereich Zwang (S. 13).

Paniksyndrom (PS)

In welchen Situationen tritt diese plötzliche unerwartete Angst auf?

Treten diese Angstanfälle manchmal auch "wie aus heiterem Himmel" und ohne jeden ersichtlichen Grund auf?

Ja Nein

Erleben Sie üblicherweise während dieser Angstanfälle...

- | | |
|---|---|
| ... Kurzatmigkeit oder Atemnot? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Erstickungs- oder Würgegefühle? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Herzklopfen, -rasen oder -stolpern? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Schwitzen? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Übelkeit oder Magen-/Darmbeschwerden? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Paniksyndrom mit Agoraphobie bzw. Agoraphobie ohne Paniksyndrom

Hauptmerkmal: Furcht/Vermeidung angstanfallsrelevanter Situationen

Beispiele: Autofahren, Kaufhäuser, Supermärkte, Fahrstühle, Menschenmengen, allein das Haus verlassen, Schlange stehen, öffentliche Verkehrsmittel, Flugzeuge, Kinos, Theater

Möglich: Angstanfälle können völlig verschwinden, gefürchtete Situationen unter extremer Angst ertragbar

Überschneidung: spezifische oder Sozialphobiker können einzelne agoraphobische Situationen vermeiden, Agoraphobiker vermeiden jedoch mehr Situationen

Zentrale Befürchtungen: v.a. Angstanfälle bzw. katastrophale Folgen (spezifische Phobiker: unmittelbar vom Objekt ausgehende Gefahren wie z.B. Flugzeugabsturz, Sozialphobiker: Blamage/negative Bewertung)

Agoraphobie ohne Paniksyndrom:

Vermeidung aus anderen Gründen (z.B. Angst vor Durchfall oder exzessive Vermeidung im Zusammenhang mit körperlicher Krankheit)

Sozialphobie

Hauptmerkmal: Furcht/Vermeidung von möglichen Bewertungssituationen im weitesten Sinne

Angstbeispiele: Versagen, lächerlich sein, Demütigung

Subtypen: eng umschrieben (z.B. öffentliches Sprechen) oder Großteil aller zwischenmenschlichen Aktivitäten (z.B. Parties, Gespräche, Essen, Schreiben vor anderen)

Typisch: ausgeprägte Erwartungsängste

Zentrale Befürchtungen: Blamage/negative Bewertung (Agoraphobiker: v.a. Angstanfälle, spezifische Phobiker: unmittelbar vom Objekt ausgehende Gefahren)

... Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen?
 ... Hitzewallungen oder Kälteschauer?
 ... Zittern oder Beben?
 ... Todesangst?
 ... Angst, verrückt zu werden?
 ... Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun?

Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___

Falls weniger als vier Symptome genannt werden, zusätzlich nach den Symptomen während des schwersten Anfalles fragen.

Hatten Sie schon mehrere solcher unerwarteter Angstanfälle? Ja ___ Nein ___

Haben diese Angstanfälle Sie in Ihrem Verhalten stark beeinflußt? Ja ___ Nein ___

Haben Sie sich schon einmal mindestens vier Wochen lang nach einem Anfall Sorgen über weitere Anfälle oder ihre Bedeutung gemacht? Ja ___ Nein ___

Agoraphobie (AG)

Sie hatten berichtet, daß Sie bestimmte Situationen vermeiden oder daß diese Ihnen Angst machen. Welche Situationen sind dies und was befürchten Sie, könnte Ihnen dort schlimmstenfalls passieren?

Hängt die Angst bzw. Vermeidung damit zusammen, daß Sie sich in diesen Situationen ängstlich oder krank fühlen könnten und es dann besonders schwierig wäre, die Situation zu verlassen? Ja ___ Nein ___

Fühlen Sie sich mit einer Begleitperson sicherer? Ja ___ Nein ___



Sozialphobie (SP)

Was befürchten Sie, könnte Ihnen schlimmstenfalls in Situationen passieren, in denen Sie mit anderen Menschen zusammentreffen?

Tritt Ihre Angst nahezu jedesmal und sofort in solchen Situationen auf? Ja ___ Nein ___

Spezifische Phobie

- Hauptmerkmal:** Furcht/Vermeidung spezifischer Objekte
- Beispiele:** Tiere (z.B. Spinne, Schlangen, Hunde, Ratten), Höhen, enge Räume, Flugzeuge und der Anblick von Blut, Verletzungen oder Spritzen
- Ausnahmen:** Angstanfälle (Paniksyndrom), soziale Situationen (Sozialphobie)
- Wichtig:** Beeinträchtigung/Leiden
- Möglich:** Ertragen unter extremer Angst
- Zentrale Befürchtungen:**
direkt vom phobischen Objekt ausgehende Gefahren wie z. B. Flugzeugabsturz, Hundebiß (Agoraphobiker: v. a. Angstanfälle, Sozialphobiker: negative Bewertung)

Generalisiertes Angstsyndrom

- Hauptmerkmal:** dauerhafte oder exzessive Angst und Sorgen, die subjektiv schwer kontrollierbar erscheinen
- Dauer:** mindestens sechs Monate
- Umfang:** mindestens zwei Lebensbereiche (z.B. Arbeit, Finanzen, Ehe) betroffen (oder einer, wenn generell grüblerisch/häufige Sorgen).
- Symptome:** mindestens 3 der 6 nebenan genannten Symptome, davon mindestens eines während des größeren Teils von 6 Monaten
- Wichtig:** Sorgen nicht wegen anderer Störungen (v.a. Depressionen, Panik, Sozialphobien, Zwänge)

Posttraumatische Belastungsreaktion

- Hauptmerkmal:** spezifisches Symptommuster als Folge eines massiven Traumas
- Trauma:** z.B. Vergewaltigung, andere Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen
- Reaktion:** die Reaktion auf das Trauma muß intensive Angst, Hilflosigkeit oder Horror beinhaltet haben

Spezifische Phobien (SPP)

Sie hatten berichtet, daß Sie bestimmte Dinge fürchten oder vermeiden. Welche Dinge sind dies?

Was befürchten Sie, könnte Ihnen im Zusammenhang mit diesen Dingen schlimmstenfalls passieren?

Tritt Ihre Angst nahezu jedesmal und sofort auf, wenn Sie (...) begegnen?

Ja Nein

Generalisiertes Angstsyndrom (GAS)

Sie hatten von übermäßigen Sorgen berichtet. Worum geht es bei diesen Sorgen?

Falls Sorgen nur in einem Bereich:

Sind Sie jemand, der sich oft oder auch über kleinere Dinge Sorgen macht?

Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Sorgen zu kontrollieren?

Ja Nein

Litten Sie mindestens sechs Monate die meiste Zeit unter diesen Sorgen? Ja Nein

Litten Sie während dieser sechs Monate anhaltend unter den folgenden Beschwerden...

- ... Ruhelosigkeit?* Ja Nein
- ... leichte Ermüdbarkeit?* Ja Nein
- ... ständige Anspannung?* Ja Nein
- ... übermäßige Nervosität?* Ja Nein
- ... Konzentrationsschwierigkeiten wegen Angst?* Ja Nein
- ... Reizbarkeit?* Ja Nein

Posttraumatische Belastungsreaktion (PB)

Wann haben Sie das extrem belastende Ereignis erlebt und worum handelte es sich?

Symptommuster: Furcht/Vermeidung trauma-relevanter Reize, häufiges/intensives Wieder-durchleben (Alpträume, Tagträume), emotionale Taubheit ("Abstumpfung") und gleichzeitig erhöhte Erregung

Beeinträchtigung: Symptome müssen klinisch bedeutsames Leiden/Beeinträchtigung verursachen

Dauer: mindestens einen Monat

Wiedererleben: mindestens eines der fünf nebenstehenden Symptome

Vermeidung/verminderte Ansprechbarkeit:
mindestens drei der sieben nebenstehenden Symptome

Anhaltende Übererregung:
mindestens zwei der fünf nebenstehenden Symptome

Zwangssyndrom

Zwangsgedanken (Ideen, Impulse):

Hauptmerkmal: anhaltend/wiederholt, aufdringlich, zumindest anfangs lästig, unsinnig oder persönlichkeitsfremd, Ignorierungsversuche, "neutralisierende" Rituale

Beispiele: geliebte Person verletzen oder töten, Blasphemien, Krankheiten

Zwangshandlungen:

Hauptmerkmal: wiederholt, absichtlich, geregt/stereotyp, ich-fremd, nicht lustvoll, (unrealistische) Katastrophenverhinderung, Reaktionsverhinderung bewirkt meist Angst/Unbehagen

Häufigste Inhalte: Säubern, Kontrollieren, Aggressionen

Beispiele: häufiges Händewaschen gegen Krebs, "gute" Gedanken gegen Autounfall des Ehemannes

Zeitaufwand: bei Gedanken und Handlungen hoch (z.B. mindestens 2 Stunden/Tag)

Wichtig: Abgrenzung zu Psychosen

Welche der folgenden Dinge treffen auf Sie zu?

Wiedererleben:

- ... wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen
- ... wiederkehrende Träume
- ... plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das Trauma wiedergekehrt wäre
- ... psychische Belastung bei Jahrestagen oder Ereignissen, die das Trauma symbolisieren bzw. ihm ähnlich sind
- ... körperliche Erregung bei Erinnerung an das Trauma

Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___

Vermeidung/verminderte Ansprechbarkeit:

- ... bewußtes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma verbunden sind
- ... bewußtes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken
- ... Unfähigkeit, Einzelheiten des Traumas zu erinnern
- ... deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten
- ... Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen
- ... eingeschränkte Gefühlswelt, z.B. unfähig zu Liebesgefühlen
- ... Zukunfts pessimismus

Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___

Anhaltende Übererregung:

- ... Einschlaf- oder Durchschlaf schwierigkeiten
- ... Reizbarkeit
- ... Konzentrationsschwierigkeiten
- ... übermäßige Wachsamkeit
- ... übermäßige Schreckhaftigkeit

Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___
 Ja ___ Nein ___

PROBLEMBEREICH ZWANG (ZS)

Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen?

Ja ___ Nein ___

Falls Nein, weiter zum Problembereich affektive Störungen.

Welchen Inhalt und welchen Zweck haben diese Gedanken oder Handlungen?

Versuchen Sie, etwas gegen die (Gedanken/Handlungen) zu unternehmen?

Ja ___ Nein ___

Falls Ja, beschreiben:

Diagnostik affektiver Störungen im DSM-III-R

Bipolare Störungen: mindestens eine manische Episode (ME) oder hypomanische Episode

Depressive Störungen: keine (hypo-)manischen Episoden

Subtypen der Depressionen: intensiv mit meist kurzen Phasen (schweres depressives Syndrom, SDS), weniger intensiv mit meist längeren Phasen (dysthymes Syndrom, DS); weitgehende Überlappung der Symptome

Nur beim SDS: "psychomotorische Erregung oder Hemmung"

Nur beim DS: "Hoffnungslosigkeit" als eigenes Symptom

Abgrenzung von normaler Traurigkeit: jedes einzelne Symptom während des gleichen Zeitraums und nahezu jeden Tag (SDS: 2 Wochen) bzw. die Mehrzahl der Tage (DS: 2 Jahre)

Symptomkriterien SDS: depressive Stimmung und Interesseverlust werden als Symptome mitgezählt. Wenn beides vorliegt, insgesamt mindestens 4 Symptome notwendig; wenn nur eines von beiden vorliegt, mindestens 5 Symptome notwendig.

Symptome müssen klinisch bedeutsam ausgeprägt sein.

Symptomkriterien DS: neben depressiver Stimmung mindestens 2 weitere Symptome, wobei Interesseverlust nicht mitzählt.

Symptome müssen klinisch bedeutsam ausgeprägt sein.

PROBLEMBEREICH AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Problemübersicht

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie...

- | | | |
|------|--|---|
| SDS: | <i>... sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| DS: | <i>... sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ME: | <i>... mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Falls alle Bereiche mit Nein beantwortet werden, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen (S. 17).

Falls depressive Stimmung bzw. Interesseverlust:

Welche der folgenden Beschwerden trafen während der Zeit, in der Sie sich traurig oder interesselos fühlten, auf Sie zu?

- | | |
|---|---|
| <i>... Hat sich Ihr Gewicht oder Ihr Appetit stark verändert?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Hat sich Ihr Schlaf geändert?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Waren Sie unfähig, still zu sitzen oder völlig verlangsamt?</i>
(nur SDS) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Waren Sie ständig müde oder hatten keine Energie?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Dachten Sie schlecht über sich oder fühlten sich schuldig?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Hatten Sie Probleme mit Entscheidungen oder der Konzentration?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Fühlten Sie sich hoffnungslos und sahen alles schwarz?</i>
(nur DS) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <i>... Dachten Sie an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Wie lange haben diese Symptome angehalten? Gab es Unterbrechungen?

Falls mindestens vier bzw. fünf Symptome zwei Wochen oder länger nahezu jeden Tag vorlagen, zuerst weiter zu SDS.

Falls mindestens zwei Symptome mindestens zwei Jahre die Mehrzahl aller Tage vorlagen, weiter zu DS.

Falls keine der beiden Bedingungen zutrifft, weiter zu ME (S. 15) bzw. somatoforme Störungen (S. 17).

Schweres depressives Syndrom

Hauptmerkmal: depressive Stimmung oder massiver Interesseverlust (keine äußerer Ursachen oder deutlich übermäßige Reaktion)

Wichtig: Suizidalität abklären

Verlauf: häufig episodisch, typischerweise eher kurze, intensive Episoden

Zeitkriterium: Symptome mindestens zwei Wochen nahezu jeden Tag

Abgrenzung: beim DS längere (aber weniger intensive) Phasen, Interesseverlust und psychomotorische Hemmung keine eigenen Symptome, wohl aber Hoffnungslosigkeit

Gemeinsame Diagnose SDS/DS: wenn SDS mindestens 6 Monate vor DS oder nach mindestens 2-jähriger Dauer zum DS hinzukommt

Dysthymes Syndrom

Hauptmerkmal: lange depressive Verstimmung (keine oder unzureichende äußere Ursachen)

Wichtig: Suizidalität abklären

Verlauf: längere, aber nicht notwendigerweise intensive Phasen

Zeitkriterium: Symptome mindestens 2 Jahre, Mehrzahl aller Tage, maximal 2 Monate beschwerdefrei

Abgrenzung: beim SDS kürzere (aber intensivere) Phasen, Interesseverlust und psychomotorische Hemmung eigene Symptome, nicht aber Hoffnungslosigkeit

Gemeinsame Diagnose SDS/DS: wenn SDS mindestens 6 Monate vor DS oder nach mindestens 2-jähriger Dauer zum DS hinzukommt

Manische Episode

Hauptmerkmal: abnorm und anhaltend überhöhte/euphorische oder extrem reizbare Stimmung über mindestens eine Woche

Symptomkriterium: mindestens 3 der nebenstehenden Symptome

Wichtig: erhebliche Beeinträchtigung oder stationäre Einweisung zur Schadensabwehr notwendig

Verlauf: eher kurze, klar abgrenzbare Phasen. Immer Teil einer bipolaren Störung, auch wenn bisher keine depressiven Phasen

Hypomanische Episode: dieselben Diagnosekriterien außer deutlicher Beeinträchtigung bzw. Klinikseinweisung, Dauer mindestens 4 Tage, **eindeutige und von anderen beobachtbare Verhaltensänderung**

Schweres Depressives Syndrom (SDS)

Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Belastungen, die Ihr Befinden erklären könnten?

Ja Nein

Dysthymes Syndrom (DS)

Wie lange dauerte die längste Zeitspanne, in der Sie sich nicht (depressiv etc.) fühlten?

Falls länger als zwei Monate, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen (S.17).

Falls zusätzlich auch SDS:

Kam Ihre milde depressive Phase vor oder nach Ihrer schweren depressiven Phase?

Vor SDS: Nach SDS:

Wie lange Zeit hatten Sie dazwischen keine Symptome? Dauer: _____

Manische Episode (ME)

Erlebten Sie während der Zeit, als Sie extrem hochgestimmt oder reizbar waren, Dinge wie...

... das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein?

Ja Nein

... das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen?

Ja Nein

... das Gefühl, gesprächiger als sonst zu sein?

Ja Nein

... das Gefühl, daß Sie voller neuer Ideen steckten?

Ja Nein

... leichte Ablenkbarkeit?

Ja Nein

... ungewöhnliche Aktivität oder Ruhelosigkeit?

Ja Nein

... für Sie unübliche sexuelle Aktivitäten?

Ja Nein

Haben Sie in dieser Zeit sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert?

Ja Nein

Allgemein zu den somatoformen Störungen

Abklärung organischer Ursachen: nicht immer muß jegliche Beteiligung organischer Faktoren ausgeschlossen sein, evtl. stehen Beschwerden nur in keinem angemessenen Zusammenhang mit objektivierbaren organischen Bedingungen

Hypochondrie

Hauptmerkmal: Unrealistische, starke Überzeugung/Befürchtung, schwere körperliche Krankheit zu haben

Interpretationen: Deutung körperlicher Empfindungen/Merkmale als Krankheitszeichen oder -beweise

Krankheitsüberzeugung: auch durch sorgfältige ärztliche Untersuchungen nicht dauerhaft beseitigbar

Aufmerksamkeit: chronische Beschäftigung mit dem eigenen Körper

Verlauf: meist chronisch, Art der Krankheitsbefürchtungen kann wechseln

Abgrenzung zum Somatisierungssyndrom: nicht Symptome, sondern Beschäftigung mit schwerer Krankheit im Zentrum der Aufmerksamkeit; nicht allgemeine Kränklichkeit, sondern eher einzelne katastrophale Krankheit (z.B. Krebs, AIDS)

PROBLEMBEREICH SOMATOFORME STÖRUNGEN**Problem-Übersicht**

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten? Ja ___ Nein ___

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen.

HYP: Fürchten Sie öfters, daß Sie eine schwere Krankheit haben? Ja ___ Nein ___

SOM: Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme? Ja ___ Nein ___

SCH: Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, daß Sie sich fast ständig damit beschäftigten? Ja ___ Nein ___

KS: Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden? Ja ___ Nein ___

Angegebene Störungsbereiche einzeln abklären. Falls Nein bei allen Bereichen, weiter zum Problembereich Eßstörungen (S. 19).

Hypochondrie (HYP)

Seit wann fürchten bzw. glauben Sie, eine schwere körperliche Krankheit zu haben und um welche Krankheit handelt es sich?

Hatten Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?

Ja ___ Nein ___

Wenn Ärzte Ihnen mitteilen, Sie könnten nichts Auffälliges finden, hält dann die Beruhigung nur kurz an?

Ja ___ Nein ___

Somatisierungssyndrom

- Hauptmerkmal:** vielfältige, häufige körperliche Beschwerden ohne organische Ursache oder Auslöser durch andere psychische Störung (z.B. Paniksyndrom)
- Schwerekrit.:** veränderte Lebensführung, medizinischer Beistand, Medikamente
- Typisch:** Auffassung, "kränklicher Natur" zu sein
- Verlaufskrit.:** chronisch, Störungsbeginn vor dem 30. LebensJahr
- Abgrenzung zur Hypochondrie:** Symptome und allgemeine Kränklichkeit, nicht vermutete schwere Krankheit stehen im Vordergrund
- Symptomkrit.:** Symptome aus allen vier der folgenden Bereiche
- Schmerzen:** mindestens vier Bereiche (z.B. Kopf, Unterleib, Rücken, Gelenke, Glieder, Brust, Rektum, Geschlechtsverkehr, Menstruation, Urinieren)
 - Gastrointestinal:** Anamnese mindestens zweier gastrointestinaler Symptome (z.B. Übelkeit, Blähungen, Durchfall, Erbrechen außer während der Schwangerschaft, mehrere Speiseunverträglichkeiten) außer Schmerzen
 - Psychosexuell:** Anamnese mindestens eines sexuellen oder Reproduktionssymptoms außer Schmerzen (z.B. sexuelle Gleichgültigkeit, Impotenz, unregelmäßige Menstruationen, exzessive Menstruationen, Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft)
 - Pseudoneurolog.:** Anamnese mindestens eines Symptoms oder Defizits, das eine neurologische Störung nahelegt, die nicht auf Schmerzen begrenzt ist (Konversionssymptome wie Blindheit, Doppelbilder, Taubheit, Verlust von Tast- oder Schmerzempfindungen, Stimmverlust, Beeinträchtigung von Koordination oder Gleichgewicht, Lähmungen oder begrenzte Muskelschwächen, Schluckbeschwerden, Harnverhaltung, Krampfanfälle; dissoziative Symptome wie Amnesien; Bewußtlosigkeit außer Ohnmacht)

Schmerzsyndrom

- Hauptmerkmal:** chronische oder immer wiederkehrende Schmerzen ohne ausreichende organische Ursache
- Wichtig:** dramatische Beschreibung von Schmerzen mit erkennbarer organischer Ursache reicht nicht, wichtig ist dann auch chronische Beschäftigung mit Schmerz

Abgrenzung zum Somatisierungssyndrom: Schmerzen dominieren Beschwerdebild

Konversionssyndrom

- Hauptmerkmal:** psychisch (im Zusammenhang mit psychosozialem Stressor) verursachter Verlust bzw. deutliche Veränderung der körperlichen Funktionsfähigkeit
- Präsentiersymptom:** muß willkürmotorische oder sensorische Funktionen betreffen
- Beispiele:** nicht willkürlich kontrollierbare Lähmungen, Taubheit, Stimm- oder Sehverluste
- Konversion:** betrifft meist nur ein Symptom zur gleichen Zeit, können aber im Laufe der Zeit wechseln und dürfen nicht nur auf Schmerz- oder sexuellen Bereich begrenzt sein
- Ausschluß:** kulturell sanktionierte Symptomuster

Somatisierungssyndrom (SOM)

Hatten Sie so viele Probleme mit den folgenden Beschwerden, daß Sie einen Arzt aufsuchten, Ihren Lebensstil veränderten oder Medikamente einnahmen...

- ... Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, z.B. in Kopf, Gliedern, Rücken, Gelenken? Ja ___ Nein ___
- Falls Ja, beschreiben: _____
- ... Magen/Darmbeschwerden, z.B. Übelkeit, Durchfall, Erbrechen oder Speiseunverträglichkeiten? Ja ___ Nein ___
- Falls Ja, beschreiben: _____
- ... brennende Empfindungen in Sexualorganen oder sexuelle Probleme (nur für Frauen: sowie Probleme mit Monatsblutungen oder Schwangerschaft)? Ja ___ Nein ___
- Falls Ja, beschreiben: _____
- ... neurologische Symptome, z.B. Gedächtnisverlust, Empfindungsverluste, Schluckbeschwerden, Taub- oder Blindheit, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen? Ja ___ Nein ___
- Falls Ja, beschreiben: _____

Schmerzsyndrom (SCH)

Welcher Art sind Ihre Schmerzen?

Kann nach Meinung eines Facharztes eine organische Ursache das Ausmaß Ihrer Schmerzen erklären?

Ja ___ Nein ___

Konversionssyndrom (KS)

Welcher Art waren Ihre Beschwerden?

Standen Sie zu Beginn dieser Beschwerden unter Stress oder hatten Sie ein belastendes Erlebnis?

Falls Ja, beschreiben: Ja ___ Nein ___

Eßstörungen

Deutliches Untergewicht: Körpergewicht mindestens 15% geringer als nach dem Body Mass Index (BMI) zu erwarten

BMI: Körpergewicht (kg) geteilt durch die quadrierte Körpergröße (m^2), dh.
 $BMI = \frac{\text{kg}}{m^2}$

Faustregel für die Interpretation von BMI-Werten:

	Frauen <u>(BMI)</u>	Männer <u>(BMI)</u>
Normalgewicht	19-24	20-25
Möglicherweise anorektisches Untergewicht	16-18	17-19
Definitiv anorektisches Untergewicht	unter 16	unter 17

Abgrenzung Anorexie/Bulimie:

Wenn Eßanfälle nur gleichzeitig mit Anorexie auftreten, dann wird keine zusätzliche Bulimie-Diagnose gegeben. Beide Diagnosen können nur gemeinsam gegeben werden, wenn sie sich zeitlich nicht vollständig überlappen.

Anorexia nervosa

Hauptmerkmal: anhaltende Weigerung, genügend zu essen führt zu schwerem Gewichtsverlust und Amenorrhoe (mindestens 3 aufeinanderfolgende Monatsblutungen, nicht wegen Kontrazeptiva)

Notwendig: extreme Furcht vor dem Dickwerden, krasse Körperschemaverzerrungen (trotz deutlichem Untergewicht zu dick)

Häufig: übertriebener Sport, Mißbrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern, meist keine Krankheitseinsicht oder Leugnungstendenz

Weitaus häufiger bei jungen Frauen

Bulimia nervosa

Hauptmerkmal: wiederholte Eßanfälle mit subjektivem Kontrollverlust, ständige Sorge um Figur/Gewicht

Gegenmaßnahmen: Erbrechen, Fasten, Abführmittel/Appetitzügler

Häufigkeitskrit.: mindestens 3 Monate lang mindestens 2 Eßanfälle/Woche

Untergewicht: im Gegensatz zur Anorexia nervosa nicht notwendig

Häufig depressive Verstimmungen, Verheimlichung aus Scham, v.a. Frauen betroffen

PROBLEMBEREICH ESSTÖRUNGEN

Problem-Übersicht

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Gewicht stellen.

Wie groß sind Sie und wieviel wiegen Sie?

(Bei Verdacht auf Eßstörung Gewicht objektiv nachprüfen.)

Wie war Ihr niedrigstes bzw. Ihr höchstes Gewicht im Erwachsenenalter?

AN/BN: *Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?*

AN: *Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen?*

BN: *Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Eßanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?*

Ja _____ Nein _____

Ja _____ Nein _____

Ja _____ Nein _____

Bei Hinweis auf Eßstörung die betreffenden Störungsbilder abklären, sonst weiter zum Problembereich Alkohol, Medikamente und Drogen (S. 21).

Anorexia Nervosa

Fühlen Sie sich insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick?

Ja _____ Nein _____

Nur für Frauen:

Hat Ihre Regelblutung schon einmal mindestens drei Mal hintereinander ausgesetzt?

Falls Nein: *Nehmen Sie die Pille?*

Ja _____ Nein _____

Ja _____ Nein _____

Bulimia Nervosa

Haben Sie während der Eßanfälle das Gefühl, Sie könnten sich nicht mehr kontrollieren?

Ja _____ Nein _____

Haben Sie einmal drei Monate lang mindestens zwei Mal pro Woche Eßanfälle gehabt?

Ja _____ Nein _____

Haben Sie etwas unternommen, um nicht durch die Eßanfälle zuzunehmen?

Ja _____ Nein _____

Abhängigkeit/Abusus von psychoaktiven Substanzen

Unterschieden wird Substanzabhängigkeit und Abusus (unter der Abhängigkeitsschwelle).

Substanzabhängigkeit:

Mindestens drei der folgenden Kriterien in klinisch bedeutsamem Ausmaß (d.h. anhaltend oder häufig wiederkehrend) und gemeinsam (für mindestens 12 Monate)

1. Einnahme häufig in größerer Menge oder länger als beabsichtigt
2. Erfolglose Versuche oder anhaltender Wunsch, den Gebrauch einzuschränken
3. Hoher Zeitaufwand für Versorgung mit der Substanz, Einnahme oder Erholung von ihren Wirkungen
4. Wiederkehrender Gebrauch in Situationen, in denen dies physisch gefährlich ist (z.B. Alkohol beim Autofahren)
5. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Gebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt
6. Wiederkehrende juristische oder zwischenmenschliche Probleme im Zusammenhang mit dem Gebrauch
7. Anhaltender Gebrauch trotz Wissens über die dadurch verursachten bzw. verschärften dauerhaften oder wiederkehrenden Probleme

Für **Abusus** unter der Abhängigkeitsschwelle gelten die folgenden Kriterien:

1. Wiederkehrender Gebrauch führt zur Unfähigkeit, bedeutsame Rollenverpflichtungen in Arbeit, Ausbildung oder Heim zu erfüllen (z.B. häufiges Fehlen bei Arbeit oder Schule, Vernachlässigung der Kinder oder des Haushaltes)
2. Wiederkehrende juristische oder zwischenmenschliche Probleme im Zusammenhang mit dem Gebrauch
3. wichtige soziale oder berufliche Aktivitäten werden wegen des Substanzgebrauchs reduziert
4. wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen eine physische Gefahr besteht (z.B. Alkohol beim Autofahren)

PROBLEMBEREICH ALKOHOL, MEDIKAMENTE UND DROGEN

Nehmen Sie irgendetwas, um Ihre Stimmung zu beeinflussen? Ich meine Dinge wie z.B. Alkohol oder Medikamente oder auch illegale Drogen wie Kokain. Ja ___ Nein ___

Falls kein Gebrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, weiter zum Psychosen-Screening. Falls andere Substanzen als Alkohol oder Medikamente, hier darstellen:

Wieviel Alkohol trinken Sie gewöhnlich?

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Medikamente? Ja ___ Nein ___
Falls Ja: Art, Dosis, Verschreiber und Dauer der Einnahme feststellen.

Haben Sie früher irgendwelche Medikamente häufiger eingenommen? Ja ___ Nein ___
Falls Ja: Art, Dosis, Verschreiber und Dauer der Einnahme feststellen.

Treffen die folgenden Dinge für Ihren (Alkohol-/Medikamenten-/Drogen-Gebrauch) zu?

- ... *Sie oder jemand anders fand, daß Sie zuviel gebrauchten?* Ja ___ Nein ___
- ... *Ihr Gebrauch hat Ihnen oder Ihrer Familie Probleme verursacht?* Ja ___ Nein ___
- ... *Starke Zunahme der Menge, bei der Sie (betrunken/high/angstfrei...) werden?* Ja ___ Nein ___
- ... *Unangenehme Symptome, als sie versuchten, den Gebrauch einzustellen?* Ja ___ Nein ___
- ... *Durch den Gebrauch haben Sie wichtige Aktivitäten oder Verpflichtungen in Beruf, Familie oder Freizeit eingeschränkt?* Ja ___ Nein ___

Falls Hinweise auf Abhängigkeit oder Abusus, Substanzen angeben:

Hinweise zur Diagnostik der Psychosen

Eine ausreichende Diagnostik psychotischer Störungen ist durch diese Screening-Fragen selbstverständlich nicht gegeben. Falls Hinweise aufgrund dieser Fragen oder der Behandlungsgeschichte (S. 25) vorliegen, sollten die entsprechenden Abschnitte eines dafür geeigneten strukturierten Interviews (z.B. SKID, Wittchen et al. 1990) durchgeführt werden.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN FÜR DIE THERAPIEPLANUNG

Falls eine therapeutische Intervention geplant wird, müssen über die mit dem Mini-DIPS erhobenen Informationen hinaus weitere Informationen erhoben werden, um das Vorgehen optimal an den jeweiligen Einzelfall anzupassen. Dies kann sinnvollerweise zu Beginn der Behandlung geschehen. Die wesentlichsten Punkte, die dabei untersucht werden sollten, sind im folgenden aufgeführt.

- Bewältigungsversuche und -strategien
- Hilfesuchendes Verhalten
- Frühere Behandlungserfahrungen
- Erklärungsmodelle des Patienten für seine Störung
- Eventuell zusammenhängende Ängste oder Konflikte
- Mögliche Zusammenhänge mit Lebensplänen
- Mögliche Zusammenhänge mit Grundannahmen über Selbst oder Welt
- Lebensereignisse oder Belastungen
- Funktionale Zusammenhänge
- Wie reagiert bzw. was weiß die Umwelt?
- Therapieziele

PSYCHOSEN-SCREENING

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie z.B.:

- | | |
|---|---|
| ... Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war? | Ja <input type="text"/> Nein <input type="text"/> |
| ... Das Gefühl, daß etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, daß Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so daß Sie ständig aufpassen mußten? | Ja <input type="text"/> Nein <input type="text"/> |
| ... Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte? | Ja <input type="text"/> Nein <input type="text"/> |

Falls Ja bei einer obigen Fragen, beschreiben:

ABSCHLIESSENDE FRAGEN

Wurden Sie jemals wegen emotionaler oder psychischer Beschwerden, Alkoholmißbrauch oder ähnlicher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen? Ja Nein

Falls Ja: Zeitraum, Diagnose, Art der Einrichtung und der Behandlung feststellen.

Gibt es irgendetwas anderes, was ich nicht gefragt habe, was aber noch wichtig wäre, hier zu nennen?

Was ist das Hauptproblem, für das Sie Hilfe suchen? Was ist die Hauptveränderung, die Sie machen möchten?

KLINISCHE EINSCHÄTZUNGEN UND DIAGNOSEN

Schätzen Sie den Schweregrad jeder Diagnose auf der folgenden Skala von 0-8 ein:

Abwesend	leicht	mässig	ausgeprägt	schwer
0 . . . 1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7 . . . 8				
keine Störung	leicht	deutlich	stark	sehr stark
	störend/ nicht wirk- lich behindernd	störend/ mäßig behindernd	störend/ stark behindernd	störend/ sehr stark behindernd

Achse I	Primäre Diagnose	Schweregrad	Zusätzliche Diagnosen	Schweregrad

Achse II

Achse III

Achse IV

Achse V	Derzeit	Im letzten Jahr

Christoph-Dornier-Stiftung



für Klinische Psychologie



Die Christoph-Dornier-Stiftung hat es sich in enger Zusammenarbeit mit der Philipps-Universität Marburg zur Aufgabe gemacht, die Klinische Psychologie in Praxis und Forschung zu fördern. Sie soll dazu beitragen, die Behandlungsmethodik durch sorgfältige Grundlagen- und Anwendungsforschung zu verbessern und wichtige Ergebnisse der klinisch-psychologischen Forschung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die Christoph-Dornier-Stiftung verfolgt das Ziel, das Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychisch mitbedingter körperlicher Störungen systematisch zu erweitern und für die Therapie nutzbar zu machen. In modellhaften Einrichtungen werden klinisch-psychologische Behandlungen durchgeführt und evaluiert.

Zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Bereich der Klinischen Psychologie werden u.a. Promotionsstipendien vergeben.

Nicht zuletzt soll die Stiftung die internationale und interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern.

Um eine qualitativ hochwertige Arbeit sicherzustellen, hat die Stiftung einen internationalen wissenschaftlichen Beirat, der sich aus namhaften Vertretern der Klinischen Psychologie und Medizin zusammensetzt.

Im Sinne der Stiftungsverfassung soll auch die vorliegende Veröffentlichung einen Beitrag zur Nutzbarmachung der Ergebnisse der klinisch-psychologischen Forschung für die Öffentlichkeit leisten.