

## INFOGESPRÄCH-FRAGEBOGEN DBT

Name:.....

Datum: .....

### 1. Aktuelle Anamnese:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Lebenssituation in Bezug auf wichtige private und berufliche Faktoren:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2. Psychiatrische Anamnese:

/// Ist bereits eine Diagnostik bzgl. emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung erfolgt?

Ja                       Nein

Wenn ja, wo und wann? .....

/// Leiden Sie an weiteren psychischen Erkrankungen?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche? .....

/// Haben Sie schon einmal eine DBT-Behandlung oder ambulante/stationäre Psychotherapie durchgeführt?

Ja                       Nein

Wenn ja, wo und wann? Haben Sie diese abgeschlossen? .....

.....

/// Haben Sie einen ambulanten Psychiater/ Psychotherapeuten?

Ja                       Nein

Wenn ja, Kontaktdaten: .....

.....

/// Kennen Sie Zustände von einschließender Hochanspannung, in denen Sie nicht mehr klar denken können und Ihr einziges Ziel die Beendigung dieses Zustands ist, notfalls auch unter Zuhilfenahme von langfristig schädlichen Verhaltensweisen?

Ja  Nein

/// Haben Sie das Gefühl, anders zu sein als alle anderen?

Ja  Nein

/// Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren Körper zu betrachten oder zu tolerieren (Haben Sie einen Spiegel zu Hause)?

Ja  Nein

/// Haben Sie Schwierigkeiten, alleine zu sein?

Ja  Nein

/// Welche Bereiche sind besonders von der Erkrankung betroffen?

**(1) Alleine sein**

Vermeiden Sie verzweifelt, alleine zu sein (indem Sie z.B. in Beziehungen hinterhertelefonieren, viele Nachrichten hinterlassen, sich anklammern, Beziehungen weiter führen obwohl sie schädlich sind um nicht alleine zu sein)?

Ja  Nein

**(2) Zwischenmenschliche Beziehungen**

Haben Sie intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen (die z.B. stürmisch und von Streit geprägt sind oder abgebrochen werden)?

Ja  Nein

**(3) Identität**

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Bild von sich selbst nicht stabil ist bzw. dass Sie keine Identität besitzen? Fühlen Sie sich „anders“ als andere? Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ziele und Wertvorstellungen wechselhaft sind? Glauben Sie, dass es eines Ihrer Probleme ist, dass Sie nicht wissen, was für eine Art Mensch Sie sind?

Ja  Nein

Ändern Sie Ihre Anschauungen darüber, was Sie gerne im Leben erreichen wollen, oft? Fragen Sie sich häufig, ob Sie die richtige Entscheidung für Ihre berufliche Laufbahn getroffen haben?

Ja  Nein

Fällt es Ihnen schwer zu entscheiden, was im Leben wichtig ist? Fällt es Ihnen schwer, zu entscheiden, was moralisch richtig oder falsch ist?

Ja  Nein

Macht es Ihnen große Probleme, zu entscheiden, welche Art von Freunden Sie haben sollen? Wählen Sie immer wieder andere Typen von Menschen als Freunde aus?

Ja  Nein

#### (4) Impulsivität

Verhalten Sie sich in potenziell zwei selbstschädigenden Bereichen impulsiv (z.B. ungeschützter Geschlechtsverkehr, Promiskuität, Essverhalten, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Balancieren auf Bahngleisen/Brückengeländern)?

Ja  Nein

#### (5) Selbstschädigung

Haben Sie chronische Suizidgedanken?

Ja  Nein

Haben Sie schon Suizidversuche durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wie und wann? .....

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt z.B. durch Schlagen, Kratzen, Schneiden, Verbrennen?

Ja  Nein

Verletzen Sie sich aktuell selbst?

Ja  Nein

Falls nein: Wie lange liegt die letzte Selbstverletzung zurück? .....

**(6) Stimmung**

Leiden Sie an häufigen Stimmungsschwankungen? Orientiert sich ihr Befinden hauptsächlich an der aktuellen Stimmung? Schwankt Ihre Stimmung von Minute zu Minute?

Ja                       Nein

**(7) Leere**

Leiden Sie an einem chronischen Gefühl der Leere? Fühlen Sie sich innerlich hohl?

Ja                       Nein

**(8) Wut**

Leiden Sie an übermäßiger Wut oder haben Sie Probleme, Wut und Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche „ohne guten Grund“, Prügeleien, andauernder Ärger, Laut werden, Gegenstände zerbrechen)?

Ja                       Nein

**(9) Besondere Phänomene**

Kennen Sie vorübergehende, stressassoziierte paranoide Vorstellungen (z.B. das Gefühl, andere hätten es auf Sie abgesehen oder könnten Ihre Gedanken lesen)?

Ja                       Nein

Kennen Sie schwere dissoziative Symptome? Kennen Sie Zustände, in denen Sie z.B. Ihren Körper nicht mehr spüren, dieser pelzig ist, sie nicht mehr richtig hören, nicht mehr auf Ansprache reagieren oder Ihnen ihr Körper oder die Welt unwirklich vorkommen?

Ja                       Nein

**3. Suchtanamnese:**

Suchtmittelkonsum seit wann, wie regelmäßig, zu welchem Zweck, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen, Komplikationen im Entzug, weiterhin Medikamente wie Schlafmittel, Schmerzmittel o.a. Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Familienanamnese:**

Psychiatrische Erkrankungen, Sucht, Suizide, Suizidversuche bei Verwandten:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5. Somatische Anamnese:**

Vorerkrankungen, Allergien, Medikation, Probleme bei der Verdauung, dem Wasserlassen oder dem Schlaf:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. Medikamente:**

Regelmedikamente, Bedarfsmedikation besonders Beruhigungs- und Schlafmittel (Benzodiazepine, Niedrig-potente Atypika, Zopiclon, Zolpidem), Präparate aus der Drogerie (Johanniskraut, Koffeintabletten/-pulver, Melatonin etc.), orale Kontrazeptiva, Nahrungsergänzungsmittel, CBD

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Biographische Anamnese:**

Eltern, Geschwister, Schulausbildung, Beruf, Personenstand, Kinder, Beziehung, Wohnsituation, BeWo, APP, gesetzlicher Betreuer, aktuelle Tagesstruktur, Hobbies:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Welche Ziele wollen Sie in der Behandlung erreichen?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Aus Bohus/Wolf-Arehult:  
Interaktives SkillsTraining für Borderline-  
Patienten, 2. Aufl.  
© Schattauer Verlag 2009, 2013