

Fragebogen für Somatoforme Dissoziation (SDQ- 5)

Dieser Fragebogen untersucht verschiedene körperliche Symptome und Körperempfindungen, die Sie für kurze Zeit oder über eine längere Zeitspanne erlebt haben können.

Bitte geben Sie an, ob Sie die genannten Körperempfindungen *im letzten Jahr* erlebt haben. Kreisen Sie dazu jeweils die Zahl in der erste Spalte (nach der Frage) ein, die Ihrem persönlichen Erleben der jeweiligen Empfindung am nächsten kommt. Die Zahlen stehen für folgende Einschätzungen:

- 1 = Das erlebe ich **nie**.
- 2 = Das erlebe ich **manchmal**.
- 3 = Das erlebe ich **mäßig oft**.
- 4 = Das erlebe ich **häufiger**.
- 5 = Das erlebe ich **sehr oft**.

Wenn Sie ein bestimmtes körperliches Symptom von sich selbst kennen, dann geben Sie nach Einschätzung der Häufigkeit seines Auftretens bitte an, ob *ein Arzt/eine Ärztin* es mit einer körperlichen Krankheit in Verbindung gebracht hat.

Kennzeichnen Sie dies durch Ankreuzen von JA oder NEIN in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?«. Wenn Sie JA angekreuzt haben, schreiben Sie bitte die körperliche Ursache (falls bekannt) auf die gestrichelte Linie hinter »nämlich«.

Beispiel:

	Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom?		Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?	
<i>Manchmal:</i>				
klappern meine Zähne	1 2 3 4 5	NEIN	JA, nämlich:	
habe ich Wadenkrämpfe	1 2 3 4 5	NEIN	JA, nämlich:	

Wenn Sie in der ersten Spalte die »1« eingekreist haben (»das erlebe ich nie«), brauchen Sie in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?« nichts anzukreuzen.

Haben Sie aber die 2, 3, 4 oder 5 eingekreist, *müssen* Sie in der Spalte, in der nach einer eventuellen körperlichen Ursache gefragt wird, JA oder NEIN ankreuzen.

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Hier nun die Fragen:

- 1 = Das erlebe ich **nie**.
- 2 = Das erlebe ich **manchmal**.
- 3 = Das erlebe ich **mäßig oft**.
- 4 = Das erlebe ich **häufiger**.
- 5 = Das erlebe ich **sehr oft**.

Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom? Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?

Manchmal:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|------|--------------------|
| 1. habe ich Schmerzen beim Urinieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: |
| 2. ist mein Körper oder ein Teil davon schmerzunempfindlich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: |
| 3. sehe ich Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise, beispielsweise so, als würde ich durch einen Tunnel schauen; oder ich sehe nur einen Teil eines Objekts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: |
| 4. ist es, als wäre mein Körper oder ein Teil davon verschwunden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: |
| 5. kann ich nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NEIN | JA, nämlich: |

Würden Sie bitte, bevor Sie fortfahren, noch einmal überprüfen, ob Sie alle 5 Punkte beantwortet haben? Damit wir die Ergebnisse des Fragebogens besser auswerten können, bitten wir Sie noch um ein paar persönliche Angaben:

- | | | |
|----------------------|--|---|
| 6. Alter: | ... Jahre | |
| 7. Geschlecht: | <input type="radio"/> Frau | <input type="radio"/> Mann |
| 8. Familienstand: | <input type="radio"/> ledig | <input type="radio"/> verheiratet |
| | <input type="radio"/> zusammenlebend | <input type="radio"/> getrennt/geschieden |
| | <input type="radio"/> verwitwet | |
| 9. Ausbildungsstand: | <input type="radio"/> SchülerIn/StudentIn | <input type="radio"/> in einer Berufsausbildung |
| | <input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="radio"/> arbeitslos |
| | <input type="radio"/> berufstätig (Teilzeit) | <input type="radio"/> berufstätig (Vollzeit) |

10. Datum:

11. Name: