

# Entwurf eines Zusatzmoduls für das DIPS Open Access zur Diagnostik von körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen

Lavinia Widemann, Linda M. Mehrmann, Jan Cwik  
und Alexander L. Gerlach

Universität zu Köln

Bitte bei Verwendung im Forschungskontext gerne folgenden Artikel zitieren:

Mehrmann, L. & Gerlach, A. L. (2022). Dermatillomanie (Exkoriationsstörung):  
Hintergrundwissen und Interventionsstrategien für Psychotherapeut:Innen. *Verhaltenstherapie  
& Verhaltensmedizin*, 43(1), 97–113.

## Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen)

\*1.1 *Kommt es wiederholt vor, dass Sie Ihre Haare ausreißen, sodass Sie merkbar Haare verlieren?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

\*1.2 *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie wiederholt Ihre Haare ausgerissen haben, sodass Sie merkbar Haare verloren haben?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

1.3 *Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_*

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Dermatillomanie« (S. 10).

\*2. *Haben Sie wiederholt versucht, das Haarausreißen einzuschränken oder zu unterlassen?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. *Wie häufig haben Sie Ihre eigenen Haare an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats in den folgenden Körperbereichen ausgerissen?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

3.1 *Kopfhaare* \_\_\_\_\_

3.2 *Augenbrauen* \_\_\_\_\_

3.3 *Wimpern* \_\_\_\_\_

3.4 *Achselhaare* \_\_\_\_\_

3.5 *Bart-/ Gesichtshaare* \_\_\_\_\_

3.6 *Beinhaare* \_\_\_\_\_

3.7 *Armhaare* \_\_\_\_\_

3.8 *Schamhaare* \_\_\_\_\_

3.9 *andere Körperhaare:* \_\_\_\_\_

4. *Wie häufig verspürten Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats den Drang, Ihre Haare auszureißen?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

5. *Wie stark war der Drang, Ihre Haare auszureißen, an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie die Stärke des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

6. *Wie viel Kontrolle hatten Sie im letzten Monat über den Drang, Ihre Haare auszureißen, an einem für Sie gewöhnlichen Tag?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, mit dem Ausreißen Ihrer Haare zu beginnen.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

7. *Wie viel Kontrolle hatten Sie über das Haarausreißen an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit dem Ausreißen der Haare aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über das Haarausreißen anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

8. *Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, Ihre Haare auszureißen?*

Anzahl Minuten/ Stunden: \_\_\_\_\_

9. *Wird das Haarausreißen von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Anspannung/ Stress vor dem Haarausreißen oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung oder des Vergnügens während oder nach dem Haarausreißen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

- 10.1 *Kommt es vor, dass Sie Ihre Haare ausreißen und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

*Damit meine ich, dass Sie in dem Moment, in dem Sie Ihre Haare ausreißen, nicht bemerken, dass Sie dies tun.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

- 10.2 *Wie häufig kommt es vor, dass Sie Ihre Haare ausreißen und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

11. *Gibt es eine bestimmte Art und Weise, wie Sie für gewöhnlich beim Haarausreißen vorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie eine bestimmte Art von Haaren aussuchen (z. B. Haare mit einer bestimmten Struktur oder Farbe), oder dass Sie zunächst etwas Bestimmtes mit Ihren Haaren tun, bevor Sie diese ausreißen (z. B. mit diesen spielen), oder dass Sie diese auf eine bestimmte Art und Weise versuchen auszureißen (z. B. dass die Wurzel intakt bleibt oder mit ausgerissen wird), oder dass Sie mit dem herausgerissenen Haar anschließend noch etwas Bestimmtes machen (z. B. Zerstückeln, in den Mund nehmen oder Schlucken des Haares).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

12. *Wie häufig nehmen Sie Anstrengungen auf sich, um die Folgen des Haarausreißens (z. B. kahle Stellen) vor anderen zu verdecken?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

- 13.1 *Haben Sie wegen des Haarausreißens oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z. B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

- 13.2 *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

14. *Wie schwer sind derzeit Ihr Haarverlust und sonstige haarbezogene Schäden (z. B. kahle Stellen, Schäden des Haarwachstums oder der Haarqualität) aufgrund des Ausreißen der Haare? Berücksichtigen Sie nur die Haarschäden, die durch das Ausreißen Ihrer Haare entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

- \*15. *Wie stark werden Sie durch das wiederholte Haarausreißen oder Gedanken daran in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala ( $\geq 4$  ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0–8)

Belastung: \_\_\_\_\_ (0–8)

16. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte Haarausreißen belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): \_\_\_\_\_

**\*17.1 Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begann besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z. B. dermatologische Beschwerden, wie Hautentzündungen, oder internistische Erkrankungen, wie Infektionen oder Lupus erythematodes)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

**\*17.2 *Gehen Ihre Symptome über diese körperlichen Bedingungen oder Erkrankungen hinaus?***

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Hinweis: Trichotillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Haareausreißen primär auf einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. dermatologische Beschwerden) zurückzuführen ist. Jedoch kann Trichotillomanie durch medizinische Krankheitsfaktoren ausgelöst oder verstärkt werden. Vor der Vergabe der Diagnose Trichotillomanie sind zudem andere Erkrankungsformen auszuschließen, die zu Haarverlust führen können (z. B. Alopezie).

**\*18.1 Ausschluss anderer psychischer Störungen:**

*Hatte das Haareausreißen einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z. B., dass Sie dadurch versucht haben, einen Mangel oder Defekt in Ihrem äußeren Erscheinungsbild zu verbessern)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls **JA**:

**\*18.2** *Gehen Ihre Symptome über diesen bestimmten Zweck oder dieses bestimmte Ziel hinaus?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Hinweis: Trichotillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Haarausreißen primär auf eine andere psychische Erkrankung (z. B. Körperdysmorphie Störung oder stereotype Bewegungsstörung) zurückzuführen ist. Jedoch kann Trichotillomanie durch eine psychische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt werden.

## Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen)

*\*1.1 Kommt es wiederholt vor, dass Sie Ihre Haut zupfen oder quetschen, sodass Hautverletzungen entstehen?*

*Damit meine ich auch das Bearbeiten der Haut, z. B. in Form von Reiben, Ausdrücken, Beißen, Knabbern, Kratzen oder auch umgangssprachlich „Pulen“ oder „Knibbeln“. Dies kann durch das Benutzen von Fingernägeln, Pinzetten, Nadeln oder anderen Gegenständen erfolgen und sich auf gesunde Haut sowie Hautstellen mit Wundschorf oder Pickeln/Mitessern beziehen.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

*\*1.2 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie wiederholt Ihre Haut gequetscht oder gezupft haben, sodass Hautverletzungen entstanden sind?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

1.3 Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Körperbezogene Wiederholungszwänge« (S. 19).

**\*2.** *Haben Sie wiederholt versucht, das Bearbeiten Ihrer Haut einzuschränken oder zu unterlassen?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**3.** *Wie häufig haben Sie Ihre Haut an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats in den folgenden Körperbereichen bearbeitet?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

**3.1** *Kopf (Kopfhaut, Ohren)* \_\_\_\_\_

**3.2** *Gesicht* \_\_\_\_\_

**3.3** *Dekolleté/ Brustbereich* \_\_\_\_\_

**3.4** *Arme* \_\_\_\_\_

**3.5** *Hände/ Finger* \_\_\_\_\_

**3.6** *Rücken* \_\_\_\_\_

**3.7** *Po* \_\_\_\_\_

**3.8** *Intimbereich* \_\_\_\_\_

**3.9** *Beine* \_\_\_\_\_

**3.10** *Füße/ Zehen* \_\_\_\_\_

**3.11** *andere Körperbereiche:* \_\_\_\_\_

4. *Wie häufig verspürten Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats den Drang, Ihre Haut zu bearbeiten?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

5. *Wie stark war der Drang, Ihre Haut zu bearbeiten, an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie die Stärke des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

6. *Wie viel Kontrolle hatten Sie im letzten Monat über den Drang, Ihre Haut zu bearbeiten, an einem für Sie gewöhnlichen Tag?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, mit dem Bearbeiten Ihrer Haut zu beginnen.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

7. *Wie viel Kontrolle hatten Sie über das Hautbearbeiten an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit dem Bearbeiten der Haut aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über das Hautbearbeiten anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

8. *Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, Ihre Haut zu bearbeiten?*

Anzahl Minuten/ Stunden: \_\_\_\_\_

9. *Wird das Bearbeiten Ihrer Haut von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Anspannung/ Stress vor dem Bearbeiten der Haut oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung oder des Vergnügens während oder nach dem Bearbeiten der Haut)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

- 10.1 *Kommt es vor, dass Sie Ihre Haut bearbeiten und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

*Damit meine ich, dass Sie in dem Moment, in dem Sie Ihre Haut bearbeiten, nicht bemerken, dass Sie dies tun.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

- 10.2 *Wie häufig kommt es vor, dass Sie Ihre Haut bearbeiten und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

11. *Gibt es eine bestimmte Art und Weise, wie Sie für gewöhnlich beim Bearbeiten der Haut vorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie nach bestimmten Unebenheiten suchen (z. B. Pickel oder Hautschorf), die Haut auf eine bestimmte Weise bearbeiten (z. B. Pulen mit den Fingernägeln), oder dass Sie mit der gezupften Haut/ Kruste anschließend noch etwas Bestimmtes machen (z. B. in den Mund nehmen oder schlucken).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

12. *Wie häufig nehmen Sie Anstrengungen auf sich, um die Folgen des Bearbeitens der Haut (z. B. Wunden) vor anderen zu verdecken?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

- 13.1 *Haben Sie wegen des Bearbeitens der Haut oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z. B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

- 13.2 *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

14. *Wie schwer ist Ihre Haut derzeit aufgrund des Bearbeitens beschädigt? Berücksichtigen Sie nur die Hautverletzungen oder deren Folgen (z. B. Narben), die durch das Bearbeiten Ihrer Haut entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

- \*15. *Wie stark werden Sie durch das Bearbeiten Ihrer Haut oder Gedanken daran in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala ( $\geq 4$  ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

**Beeinträchtigung:** \_\_\_\_\_ (0–8)

**Belastung:** \_\_\_\_\_ (0–8)

16. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte Bearbeiten Ihrer Haut belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

**Beginn (Lebensalter):** \_\_\_\_\_

**\*17. Ausschluss von Substanzeffekten:**

**\*17.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie Ihre Haut bearbeiten, irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen, oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben** (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

---

Falls **JA**:

**\*17.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Hinweis: Dermatillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Hautzupfen/-quetschen auf die Einnahme von Substanzen zurückzuführen ist. Wenn die Symptome von klinischer Relevanz sind, sollte die Diagnose einer Substanz-/Medikamenteninduzierten Zwangsstörung und Verwandte Störungen in Betracht gezogen werden.

**\*18.1 Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z. B. dermatologische Beschwerden, wie Hautentzündungen, oder internistische Erkrankungen, wie Infektionen oder Lupus erythematoses)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

---

Falls JA:

**\*18.2** *Gehen Ihre Symptome über diese körperlichen Bedingungen oder Erkrankungen hinaus?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Hinweis: Dermatillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Hautzupfen/-quetschen primär auf einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. dermatologische Beschwerden) zurückzuführen ist. Jedoch kann Dermatillomanie durch medizinische Krankheitsfaktoren ausgelöst oder verstärkt werden.

**\*19.1** Ausschluss anderer psychischer Störungen:

*Hatte das Bearbeiten der Haut einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z. B., dass Sie dadurch versucht haben, einen wahrgenommenen Mangel oder Defekt in Ihrem äußeren Erscheinungsbild zu verbessern, oder dass Sie dadurch versucht haben, sich zu verletzen, oder dass Sie dies getan haben, weil Sie Dinge auf Ihrer Haut spürten, die für andere nicht sichtbar waren)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

**\*19.2** *Gehen Ihre Symptome über diesen bestimmten Zweck oder dieses bestimmte Ziel hinaus?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Hinweis: Dermatillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Hautzupfen/-quetschen primär auf eine andere psychische Erkrankung zurückzuführen ist (z. B. Wahnvorstellungen oder taktile Halluzinationen im Rahmen einer psychotischen Störung, Versuche, im Rahmen der Körperdysmorphen Störung einen wahrgenommenen Defekt oder Mangel der äußeren Erscheinung zu verbessern, Stereotypien im Rahmen der Stereotypen Bewegungsstörung oder Verletzungsabsicht im Rahmen einer nichtsuizidalen Selbstverletzung). Jedoch kann Dermatillomanie durch eine psychische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt werden.

# Körperbezogene Wiederholungszwänge

(Andere Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen)

## Einstiegsfragen zu Körperbezogenen Wiederholungszwängen

*\*1.1 Kommt es wiederholt vor, dass Sie Verhaltensweisen ausführen, die auf Ihren Körper bezogen sind und die Schäden auf der Körperoberfläche zur Folge haben?*

*Damit ist jedes Verhalten gemeint, das auf den Körper bezogen ist und sich wiederholt. Das können Verhaltensweisen sein wie z. B. das wiederholte Kauen auf den eigenen Nägeln oder Wangen oder das wiederholte Beißen der eigenen Lippen. Schäden auf der Körperoberfläche, die aus diesen Verhaltensweisen resultieren können, sind zum Beispiel Wunden, Narben oder Entzündungen.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Hinweis: Nicht gemeint sind hier selbstverletzende Verhaltensweisen mit dem Fokus auf die Verletzung, wie sich schneiden, sich schlagen, oder brennen.

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

**\*1.2** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie wiederholt Verhaltensweisen ausgeführt haben, die auf Ihren Körper bezogen waren und die körperliche Schäden auf der Körperoberfläche zur Folge hatten?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

**1.3** *Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_*

► Falls eindeutig **NEIN** bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Störung X« (S. XX).

**\*2.** *Haben Sie wiederholt versucht, Ihre sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweisen einzuschränken oder zu unterlassen?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

**3.** *Wie häufig haben Sie folgende sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweisen an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats ausgeführt?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

**3.1** *Nägelkauen* (Onychophagie) \_\_\_\_\_

**3.2** *Nägelausreißen* (Onychotillomanie) \_\_\_\_\_

**3.3** *Nagelhautbeißen/-reißen* \_\_\_\_\_

**3.4** *Lippenbeißen* \_\_\_\_\_

3.5 *Wangenbeißen* \_\_\_\_\_

3.6 *Zungenbeißen* \_\_\_\_\_

3.7 *Hautbeißen und -essen* (Dermatophagie) \_\_\_\_\_

3.8 *Scheuern oder Kratzen der Kopfhaut* (Trichoteiromanie) \_\_\_\_\_

3.9 *andere körperbezogene Wiederholungszwänge:*  
\_\_\_\_\_

- Falls mehrere sich wiederholende körperbezogene Verhaltensweisen genannt wurden, erfassen Sie für jede dieser Verhaltensweisen die „Körperbezogenen Wiederholungszwänge“ (S. 22). Beginnen Sie mit der Verhaltensweise, die zum Zeitpunkt des Interviews die deutlichsten Beeinträchtigungen im Alltag verursacht.

## Körperbezogene Wiederholungszwänge (Andere Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen)

1. *Wie häufig verspürten Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats den Drang, \_\_\_\_\_ (zuvor genannte sich wiederholende körperbezogene Verhaltensweise)?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

2. *Wie stark war der Drang, \_\_\_\_\_, an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie die Stärke des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

3. *Wie viel Kontrolle hatten Sie im letzten Monat über den Drang, \_\_\_\_\_, an einem für Sie gewöhnlichen Tag?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, mit \_\_\_\_\_ zu beginnen.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

4. *Wie viel Kontrolle hatten Sie über \_\_\_\_\_ an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit \_\_\_\_\_ aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über \_\_\_\_\_ anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

5. *Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie an einem für Sie gewöhnlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, \_\_\_\_\_?*

Anzahl Minuten/ Stunden: \_\_\_\_\_

6. *Wird das \_\_\_\_\_ von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Anspannung/ Stress vor dem Ausführen der sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweise oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung oder des Vergnügens während oder nach dem Ausführen der sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweise)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

- 7.1 *Kommt es vor, dass Sie \_\_\_\_\_ und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

*Damit meine ich, dass Sie in dem Moment, in dem Sie \_\_\_\_\_, nicht bemerken, dass Sie dies tun.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls **JA**:

**7.2** *Wie häufig kommt es vor, dass Sie \_\_\_\_\_ und sich dessen erst bewusst werden, während oder nachdem es bereits passiert ist?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

**8.** *Gibt es eine bestimmte Art und Weise, wie Sie für gewöhnlich bei \_\_\_\_\_ vorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie bestimmte Nägel, Haare oder Hautpartien aussuchen, oder diese auf eine bestimmte Weise bearbeiten, oder dass Sie mit den abgebissenen Haut-, Haar- oder Nagelstücken anschließend noch etwas Bestimmtes machen (z. B. in den Mund nehmen oder schlucken).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**9.** *Wie häufig nehmen Sie Anstrengungen auf sich, um die Folgen des \_\_\_\_\_ (z. B. Wunden) vor anderen zu verdecken?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

**10.1** *Haben Sie wegen des \_\_\_\_\_ oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z. B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls **JA**:

**10.2** *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

**11.** *Wie schwer sind derzeit Ihre körperlichen Schäden aufgrund \_\_\_\_\_?  
Berücksichtigen Sie nur die körperlichen Schäden, die durch \_\_\_\_\_ entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

**\*12.** *Wie stark werden Sie durch das wiederholte \_\_\_\_\_ oder Gedanken daran in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala ( $\geq 4$  ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

**Beeinträchtigung:** \_\_\_\_\_ (0–8)

**Belastung:** \_\_\_\_\_ (0–8)

**13.** *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte \_\_\_\_\_ belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

**Beginn (Lebensalter):** \_\_\_\_\_

**\*14. Ausschluss von Substanzeffekten:**

**\*14.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Drogen oder Medikamenten oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie \_\_\_\_\_?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):**

\_\_\_\_\_

Falls **JA**:

**\*14.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Hinweis: Körperbezogene Wiederholungszwänge sind nicht zu diagnostizieren, wenn die körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen auf die Einnahme von Substanzen zurückzuführen ist. Wenn die Symptome von klinischer Relevanz sind, sollte die Diagnose einer Substanz-/Medikamenteninduzierten Zwangsstörung und Verwandte Störungen in Betracht gezogen werden.

**\*15.1 Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z. B. dermatologische Beschwerden, wie Hautentzündungen, oder internistische Erkrankungen, wie Infektionen oder Lupus erythematoses)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

**\*15.2** *Gehen Ihre Symptome über diese körperlichen Bedingungen oder Erkrankungen hinaus?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Hinweis: Körperbezogene Wiederholungszwänge sind nicht zu diagnostizieren, wenn die körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen primär auf einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. dermatologische Beschwerden) zurückzuführen sind. Jedoch können körperbezogene Wiederholungszwänge durch medizinische Krankheitsfaktoren ausgelöst oder verstärkt werden.

**\*16.1** Ausschluss anderer psychischer Störungen:

*Hatte \_\_\_\_\_ einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z. B., dass Sie dadurch versucht haben, sich zu verletzen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

**\*16.2** *Gehen Ihre Symptome über diesen bestimmten Zweck oder dieses bestimmte Ziel hinaus?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Hinweis: Körperbezogene Wiederholungszwänge sind nicht zu diagnostizieren, wenn die körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen primär auf eine andere psychische Erkrankung (z. B. Trichotillomanie, Dermatillomanie, Stereotype Bewegungsstörung oder nichtsuizidale Selbstverletzung) zurückzuführen sind. Jedoch können körperbezogene Wiederholungszwänge durch eine psychische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt

werden.

# Protokollbogen

**Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen, F63.3)**

- \*1.1 Haarausreißen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*1.2 Haarausr. früher? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_ bis \_\_\_
- \*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
3. Häufigkeit Haarausr. (0–3): Häufigkeit
- 3.1 Kopfhaare \_\_\_\_\_
- 3.2 Augenbrauen \_\_\_\_\_
- 3.3 Wimpern \_\_\_\_\_
- 3.4 Achselhaare \_\_\_\_\_
- 3.5 Bart-/ Gesichtshaare \_\_\_\_\_
- 3.6 Beinhaare \_\_\_\_\_
- 3.7 Armhaare \_\_\_\_\_
- 3.8 Schamhaare \_\_\_\_\_
- 3.9 Andere: \_\_\_\_\_
4. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)
5. Stärke d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)
6. Kontrolle d. Drangs (*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0–3)
7. Kontrolle Haarausr. (*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0–3)
8. Anzahl Minuten/Stunden? \_\_\_\_\_ (Min/h)
9. Emot. Zustände? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 10.1 Unbewusstes Haarausreißen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 10.2 Häufigkeit unbew. Haarausr. \_\_\_\_\_ (0–3)
11. gewöhnliche Vorgehensweise? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
12. Häufigkeit Kaschierungsversuche \_\_\_\_\_ (0–3)

Kriterium A:→ *wiederh.**Haarausreißen, das zu Haarverlust führt*

\*1.1 (aktuell)

\*1.2 (früher)

Kriterium B:→ *Wiederh.**Versuche, das**Haarausr.**einzuschränken oder zu unterlassen*

\*2.

- 13.1 Vermeidung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 13.2 Häufigkeit Vermeidung: \_\_\_\_\_ (0-3)
14. Schwere haarbez. Schäden \_\_\_\_\_ (0-3)
- \*15. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0-8)  
 Belastung? \_\_\_\_\_ (0-8)
16. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*17.1 Organ. Ursache? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*17.2 Symptome über organ. Ursache hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*18.1 andere Störung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*18.2 Symptome über andere Störung hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_

**Diagnosekriterien nach DSM-5:**

**Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen):**

- Aktuell:** ·                      **Früher:** ·
- A:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_                      B:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_
- C:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_                      D:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_
- E:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*  
 \*15.

Kriterium D:

→ *Ausschl. Krankheit*  
 \*17.1, \*17.2  
 und differential-diagn.  
 Abklärung

Kriterium E:

→ *Ausschl. anderer Störungen*  
 \*18.1, \*18.2  
 und differential-diagn.  
 Abklärung

**Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen, F42.4)**

\*1.1 Hautzupfen/-quetschen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\*1.2 Hautzupfen/-quetschen früher? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_ bis \_\_\_

\*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Häufigkeit Hautzupfen/-quetschen(0-3): Häufigkeit

3.1 Kopf (Kopfhaut, Ohren) \_\_\_\_\_

3.2 Gesicht \_\_\_\_\_

3.3 Dekolleté/ Brustbereich \_\_\_\_\_

3.4 Arme \_\_\_\_\_

3.5 Hände/ Finger \_\_\_\_\_

3.6 Rücken \_\_\_\_\_

3.7 Po \_\_\_\_\_

3.8 Intimbereich \_\_\_\_\_

3.9 Beine \_\_\_\_\_

3.10 Füße/ Zehen \_\_\_\_\_

3.11 Andere: \_\_\_\_\_

4. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0-3)

5. Stärke d. Drangs \_\_\_\_\_ (0-3)

6. Kontrolle d. Drangs (*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0-3)

7. Kontrolle Hautzupfen/-quetschen(*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0-3)

8. Anzahl Minuten/Stunden? \_\_\_\_\_ (Min/h)

9. Emot. Zustände? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10.1 Unbewusstes Hautzupfen/-quetschen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10.2 Häufigkeit unbew. Hautzupfen/-quetschen \_\_\_\_\_ (0-3)

11. gewöhnliche Vorgehensweise? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Kriterium A:

→ *wiederh.*

*Hautzupfen/-quetschen, das zu*

*Hautverletzungen führt*

\*1.1 (aktuell)

\*1.2 (früher)

Kriterium B:

→ *wiederh. Versuche,*

*Hautzupfen/-quetschen*

*einzuschränken oder zu*

*unterlassen*

\*2.

12. Häufigkeit Kaschierungsversuche \_\_\_\_\_ (0–3)  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 13.1 Vermeidung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 13.2 Häufigkeit Vermeidung \_\_\_\_\_ (0–3)
14. Schwere Hautverletzungen \_\_\_\_\_ (0–3)
- \*15. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0–8)  
 Belastung? \_\_\_\_\_ (0–8)
16. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*17.1 Medikam./Drogen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Art: \_\_\_\_\_  
 Dosis: \_\_\_\_\_  
 Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
- \*17.2 Symptome bed.? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_
- \*18.1 Organ. Ursache? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*18.2 Symptome über organ. Ursache hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*19.1 andere Störung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*19.2 Symptome über andere Störung hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
 Beschreiben: \_\_\_\_\_

Kriterium C:

→ *Leidensdruck*

\*15.

Kriterium D:

→ *Ausschl.*

*Substanz/Krankheit*

\*17.1, \*17.2, \*18.1,

\*18.2

und differential-diagn.

Abklärung

Kriterium E:

→ *Ausschl. anderer*

*Störungen*

\*19.1. \*19.2

und differential-diagn.

Abklärung

**Diagnosekriterien nach DSM-5:**

**Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen):**

**Aktuell:** ·                      **Früher:** ·

A:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_                      B:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

C:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_                      D:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

E:     JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

**Einstiegsfragen zu Körperbezogenen Wiederholungszwängen  
(Andere Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte  
Störungen, F42.8)**

\*1.1 Körperbez. Wiederholungszwänge? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\*1.2 Körperbez. Wiederholungszw. früher? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_ bis \_\_\_

\*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Häufigkeit körperbez. Wiederholungszw. (0–3): Häufigkeit

3.1 Nägelkauen (Onychophagie) \_\_\_\_\_

3.2 Nägelausreißen (Onychotillomanie) \_\_\_\_\_

3.3 Nagelhautbeißen/-reißen \_\_\_\_\_

3.4 Lippenbeißen \_\_\_\_\_

3.5 Wangenbeißen \_\_\_\_\_

3.6 Zungenbeißen \_\_\_\_\_

3.7 Hautbeißen und -essen (Dermatophagie) \_\_\_\_\_

3.8 Scheuern oder Kratzen der Kopfhaut  
(Trichoteiromanie) \_\_\_\_\_

3.9 Andere: \_\_\_\_\_

**Körperbezogene Wiederholungszwänge (Andere Näher  
Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen, F42.8)**

1. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

2. Stärke d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

3. Kontrolle d. Drangs (*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0–3)

4. Kontrolle körperbez. Wiederholungszw.  
(*inverse Skala*) \_\_\_\_\_ (0–3)

5. Anzahl Minuten/Stunden? \_\_\_\_\_ (Min/h)

6. Emot. Zustände? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

→ *körperbez.  
Wiederholungszw.,  
die zu körperl.  
Schäden führen*  
\*1.1 (aktuell)  
\*1.2 (früher)  
  
→ *Wiederh.  
Versuche, die  
körperbez.  
Wiederholungszw.  
einzuschränken oder  
zu unterlassen*  
\*2.

- 7.1 Unbewusste körperbezogene Wiederholungszwänge? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 7.2 Häufigkeit unbew. körperbez. Wiederholungszw. \_\_\_\_\_ (0-3)
8. gewöhnliche Vorgehensweise? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
9. Häufigkeit Kaschierungsversuche \_\_\_\_\_ (0-3)  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 10.1 Vermeidung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- 10.2 Häufigkeit Vermeidung \_\_\_\_\_ (0-3)
11. Schwere körperl. Schäden \_\_\_\_\_ (0-3)
- \*12. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0-8)  
Belastung? \_\_\_\_\_ (0-8)
13. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*14.1 Medikam./Drogen? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
- \*14.2 Symptome bed.? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_
- \*15.1 Organ. Ursache? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*15.2 Symptome über organ. Ursache hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*16.1 andere Störung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*16.2 Symptome über andere Störung hinaus? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_

→ *Leidensdruck*

\*12.

→ *Ausschl.*

*Substanz/Krankheit*

\*14.1, \*14.2, \*15.1,

\*15.2

und differential-diagn.

Abklärung

→ *Ausschl. anderer*

*Störungen*

\*16.1, \*16.2

und differential-diagn.

Abklärung