

Fragebogen „Somatogene Dissoziation“ für Kinder und Jugendliche

von Wilfried Huck und Regina Hiller

(modifiziert nach SDQ 20 von E. R.S. Nijenhuis)

Name:

Alter:

Geschlecht:

Bevor Du diesen Fragebogen ausfüllst, wie belastet fühlst Du Dich im Moment?

(keine Belastung) 0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10 (höchste Belastung)

Benutze bitte beim Ausfüllen des Fragebogens **die Skala von 1 bis 5** und schreibe die passende Zahl auf neben persönlichen Beobachtungen, die Du genauer aufschreiben kannst.

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

- **Hast Du schon das Gefühl gehabt, die Kontrolle über Deine Körperbewegungen zu verlieren?**

- **Hast Du schon Störungen mit dem Gehen oder beim Stehen erlebt?**

- **Hast Du schon mal erlebt, dass Deine Stimme versagt und Du Dich nicht mehr so Dich ausdrücken kannst, wie es kurz zuvor noch möglich war?**

- **Hat man bei Dir schon mal erlebt, dass Du für kurze Zeit „wie weggetreten“ gewirkt hast?**

- 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

- **Hat man bei Dir schon mal erlebt, dass Du für kurze Zeit krampfartige Bewegungen gemacht hast und Du dabei nicht ansprechbar warst?**

- **Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Deine Haut sich anders als sonst anfühlt (Kribbeln, Brennen, Wärme, Kälte)?**

- **Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Du an bestimmten Stellen Deiner Haut nichts mehr fühlst?**

- **Hast Du schon erlebt, dass es Dir schwer fällt zu urinieren (Wasser lassen)?**

- **Hast Du schon bemerkt, dass Dir Dinge nicht schmecken, die Du sonst magst?**

- **Hast Du schon erlebt, dass Du Geräusche in der Nähe hörst, als kämen sie aus weiter Ferne?**

- **Hast Du Schmerzen beim urinieren?**

- 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

- **Hast Du schon erlebt, dass Dein Körper oder ein Teil davon sich taub anfühlt?**

- **Erscheinen Dir Menschen und Dinge größer als sie tatsächlich sind?**

- **Sind Dir Geräusche manchmal unangenehm, die Du normalerweise magst?**

- **Hast Du manchmal Schmerzen in Deinen Genitalien (nicht während des Geschlechtsverkehrs)?**

- **Kannst Du eine Weile nichts sehen, so als ob Du blind wärst?**

- **Kommt es Dir manchmal so vor, als wäre Dein Körper oder ein Teil davon verschwunden?**

- 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

- **Hast Du schon erlebt, dass Du nicht oder auch nur sehr mühsam schlucken kannst?**
- **Kannst Du mehrere Nächte nicht schlafen, bist aber tagsüber trotzdem sehr aktiv?**
- **Hast Du schon erlebt, dass Du nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern kannst?**
- **Hast Du schon erlebt, dass Du eine Weile wie gelähmt bist?**
- **Hast Du schon erlebt, dass Du eine Weile wie erstarrt bist?**
- **Hast Du schon das Gefühl gehabt, das Du manchmal für kurze Zeit nichts mehr hörst?**

- 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

- **Hast Du schon mal das Gefühl erlebt, das Du manchmal für kurze Zeit nichts mehr riechst oder anderes riechst, was kurze Zeit vorher nicht vorhanden war?**
- **Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Du wie durch einen Tunnel siehst?**
- **Hast Du wegen solcher Beobachtungen schon mehrfach Ärzte aufgesucht, die dann nichts Krankhaftes gefunden haben? Wie häufig?**
- **Wenn Du solches beobachtet hast bzw. andere Personen davon berichtet haben, gab es vorher Dich belastende Ereignisse oder plötzliche Erinnerungen an solche belastenden Ereignisse?**
- **Hast Du immer noch Schmerzen, die Dich immer wieder belasten?**
- **Hast Du früher schon ungewöhnliche Beobachtungen an Deinem Körper gemacht?**

- 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

- **Kam es schon vor, dass frühere Krankheitssymptome im Verlauf der körperlichen Behandlung gewechselt haben?**

- **Kannst Du die Tage, wenn Du krank bist, genießen?**

- **Bist Du froh, wenn Du schnell wieder gesund wirst?**

- **Hast Du Dich schon mal selbst verletzt? Und wie?**

- **Hast Du eine körperliche Behinderung?**

Jetzt, nachdem Du diesen Fragebogen ausgefüllt hast, wie belastet fühlst Du Dich jetzt

0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10