

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

Achternaam \_\_\_\_\_

*bij vrouwelijke cliënten meisjesnaam*

Geboortedatum 

<small>d</small>	<small>d</small>	<small>m</small>	<small>m</small>				

Datum interview 

<small>d</small>	<small>d</small>	<small>m</small>	<small>m</small>				

Cliëntnummer 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Naam interviewer

2. Interview is niet volledig afgenomen want:

*cliënt beëindigde het gesprek (1)*

*cliënt weigerde vragen te beantwoorden (2)*

*cliënt was niet in staat de vragen te beantwoorden (3)*

3. Nationaliteit

--	--	--	--

*code*

4. Culturele identiteit cliënt

--	--	--	--

*code*

5. Geslacht

*man*

*vrouw*

6. Is de Screener Psychopathologie afgenomen?

*ja*

*nee*

*onbekend*

6.b Datum afname Screener Psychopathologie

--	--

*dd*

--	--

*mm*

--	--	--	--

## INSTRUCTIE

U gaat de MINI 5.0.0, psychodiagnostisch interview afnemen. Deze Nederlandse versie bevat niet de modulen J Alcohol en K Drugs.

Observeer tijdens het gesprek of u signalen herkent die duiden op eventuele psychiatrische problematiek. Dit kan u helpen bij het uitvragen van de problematiek.

Hoofdletters wijzen u de weg door het interview. De *cursieve* teksten zijn instructies voor het interview (niet voorlezen aan de patiënt).

Door het vragen van één of twee inleidende vragen aan het begin van elke module bepaalt u of u al dan niet moet doorvragen in deze sectie.

- Bij een NEE waaronder *Einde sectie* staat, kruist u NEE aan in het diagnosevak en kunt u doorgaan naar de volgende sectie.
- Bij JA maakt u de sectie af.

Aan het einde van het interview vult u het conclusieblad in en indien er sprake is van één of meer JA antwoorden dan is een psychiatrisch consult noodzakelijk.

---

## INHOUD

<b>Module:</b>	<b>Tijdsverloop:</b>	<b>Pagina:</b>
A. DEPRESSIEVE EPISODE	Current (laatste 2 weken) + Lifetime	3
A <sup>1</sup> . DEPRESSIE met melancholische kenmerken	Current (laatste 2 weken) (optioneel)	4
B. DYSTHYMIE	Current (laatste 2 jaar)	5
C. SUICIDAAL RISICO	Current (laatste maand)	6
D. (HYPO-) MANISCHE EPISODE	Current en Lifetime	7
E. PANIEKSTOORNIS	Current (laatste maand) en Lifetime	9
F. AGORAFOBIE	Current	11
G. SOCIALE FOBIE	Current (laatste maand)	12
H. OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS	Current (laatste maand)	13
I. POSTTRAUMATISCHE-STRESSSTOORNIS	Current (laatste maand) (optioneel)	14
L. PSYCHOTISCHE STOORNIS	Current en Lifetime	15
M. ANOREXIA NERVOSA	Current (laatste 3 maanden)	17
N. BULIMIA NERVOSA	Current (laatste 3 maanden)	18
O. GEGENERALISEERDE ANGST	Current (laatste 3 maanden)	19
CONCLUSIEBLAD		20

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## A. DEPRESSIEVE PERIODE

- |                                                                                                                                                                                                                           | NEE                      | JA                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| A1 Heeft u zich tijdens de laatste twee weken voortdurend somber of depressief gevoeld gedurende het grootste gedeelte van de dag en dit bijna elke dag?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| A2 Heeft u tijdens de laatste twee weken voortdurend het gevoel gehad nergens meer zin in te hebben of geen interesse meer te hebben voor dingen die u normaal wel interesseren?<br><i>Is A1 of A2 met JA beantwoord?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> † |
|                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

Einde sectie

### A3 Wanneer u zich in de afgelopen twee weken somber of depressief voelde of geen zin of belangstelling meer had:

- |                                                                                                                                                                                                                                                    | NEE                      | JA                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Was uw eetlust merkbaar veranderd of is uw gewicht toegenomen of afgenomen zonder dat dit de bedoeling was? (scoor JA indien 5% van het lichaamsgewicht is toegenomen of afgenomen, bijvoorbeeld 3,5 kg in een maand bij een persoon van 70 kg.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Heeft u bijna elke nacht slaapproblemen gehad (moeilijk inslapen, wakker worden tijdens de nacht of te vroeg in de ochtend, of juist teveel slapen)?                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Praatte of bewoog u trager dan gewoonlijk of voelde u zich juist rusteloos, gejaagd en kon u moeilijk stil blijven zitten? Bijna elke dag?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Voelde u zich bijna elke dag moe of futloos?                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Voelde u zich bijna elke dag waardeloos of schuldig?                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Kon u zich bijna elke dag moeilijk concentreren of moeilijk beslissingen nemen?                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Heeft u overwogen zichzelf iets aan te doen, wenste u dat u dood was of had u zelfmoordgedachten?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zijn er tenminste 5 JA's in A1 - A3?

Indien NEE, ga door naar module B.

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> †
<b>Depressieve episode current</b>	

- A4a Heeft u in uw leven eerder een dergelijke periode van twee weken of langer gehad waarin u zich depressief voelde of nergens zin in had, met daarbij nog de problemen waarover we net spraken?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde sectie

- A4b Was er voor de huidige periode van depressie of interesseverlies een periode van tenminste twee maanden waarin u zich goed voelde?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depressieve episode recurrent</b>	

† Als de patient een depressieve episode - current heeft, scoor dan JA voor de desbetreffende vragen op pagina 5.

A'. DEPRESSIEVE EPISODE MET MELANCHOLISCHE KENMERKEN (optioneel)

*Indien A3 = JA, stel de volgende vragen:*

A5a *Is A2 met JA beantwoord?* NEE  JA

A5b Toen u zich het slechtst voelde in de huidige episode, was u nog in staat om te reageren op dingen die u normaal plezier bezorgen? NEE  JA

*Is A5a of A5b met JA beantwoord?*

NEE  JA   
→  
Einde sectie

A6 **Tijdens de laatste twee weken waarin u zich depressief en ongeïnteresseerd voelde:**

a Voelde u zich op een andere manier depressief dan bijvoorbeeld wanneer iemand die u dierbaar is zou overlijden? NEE  JA

b Voelde u zich meestal 's ochtends slechter dan 's avonds? NEE  JA

c Werd u tenminste twee uur vroeger dan normaal wakker en kon u dan moeilijk weer in slaap vallen en dit bijna elke dag? NEE  JA

d *Is A3c met JA beantwoord?* NEE  JA

e *Is A3a met JA beantwoord?* NEE  JA

f Voelde u zich overmatig schuldig, veel meer dan in werkelijkheid nodig? NEE  JA

*Zijn er tenminste 3 JA's in A6?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depressieve episode met melancholische kenmerken current</b>	

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## B. DYSTHYMIE

*Deze sectie overslaan indien de cliënt momenteel een depressieve episode heeft.*

B1 Heeft u zich in de afgelopen twee jaar het grootste deel van de tijd triest, somber of depressief gevoeld? NEE  JA   
→  
Einde sectie

B2 Heeft u zich tijdens deze periode wel eens minimaal twee maanden lang goed gevoeld? NEE  JA   
→  
Einde sectie

### B3 *Tijdens deze sombere perioden:*

- |                                                                           | NEE                      | JA                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Was uw eetlust merkbaar veranderd?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Had u slaapproblemen of sliep u te veel?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Voelde u zich moe of had u weinig energie?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Had u minder zelfvertrouwen?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Had u moeite zich te concentreren of kon u moeilijk beslissingen nemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Voelde u zich hopeloos?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Zijn er tenminste 2 JA's in B3?*

NEE  JA   
→  
Einde sectie

B4 Veroorzaakten deze problemen ernstig ongemak of beperkten zij u in het beroepsmatig of sociaal functioneren of bij uw dagelijkse activiteiten? NEE  JA   
→  
Einde sectie

*Zijn er tenminste 2 JA's in B3?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dysthymie</b> current	

## C. SUICIDAAL RISICO

### *Heeft u tijdens de afgelopen maand:*

- |                                                                         | <i>NEE</i>               | <i>JA</i>                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C1 Gewenst dat u dood was of gedacht dat u beter af was als u dood was? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C2 Zichzelf iets aan willen doen?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C3 Aan zelfmoord gedacht?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C4 Plannen gemaakt hoe u zelfmoord kon plegen?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C5 Geprobeerd om zelfmoord te plegen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### *In het verleden:*

- |                                             | <i>NEE</i>               | <i>JA</i>                |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C6 Heeft u ooit een zelfmoordpoging gedaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Is er tenminste één JA's in C1 - C6?*

*Indien JA, specificeer het suïcidaal risico:*

*C1 of C2 of C6 = laag*

*C3 of (C2 en C6) = matig*

*C4 of C5 of (C3 en C6) = hoog*

*NEE*

*JA*

### **Suïcidaal risico**

*current*

*Laag*

*Matig*

*Hoog*

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## D. (HYPO-)MANISCHE EPISODE

D1a Heeft u ooit een periode meegemaakt waarin u zich zodanig opgewonden of vol energie voelde dat u daardoor in problemen kwam of dat personen uit uw omgeving dachten dat u zichzelf niet meer was?  
*(Zo nodig toelichten: 'high', opgetogen stemming, overmatig energiek, minder slaap nodig hebben, snel denken, veel ideeën hebben, toegenomen productiviteit en creativiteit, impulsief gedrag)*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D1b Zo **JA**: Bent u nu in een dergelijke periode?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

D2a Heeft u ooit een periode van meerdere dagen meegemaakt waarin u voortdurend zo prikkelbaar was dat u schreeuwde tegen mensen, ruzie zocht of zelfs begon te vechten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

D2b Zo **JA**: Bent u nu in een dergelijke periode?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*Is D1a OF D2a met JA beantwoord?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Einde sectie

*Indien D1b of D2b met JA is beantwoord, alleen de huidige episode uitvragen.*

*Indien D1b en D2b met NEE is beantwoord, alleen de meest ernstige episode uitvragen.*

## D3 **Toen u zich zo opgewonden of prikkelbaar voelde:**

- |                                                                                                                                                                                                                    | NEE                      | JA                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Had u net gevoel dat u tot dingen in staat was die anderen niet aankonden of dat u een buitengewoon belangrijk persoon was?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Had u minder slaap nodig dan normaal? (Voelde u zich uitgerust na slechts een paar uur slaap?)                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Praatte u zonder ophouden of zo vlug dat men u niet kon volgen?                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Gingen uw gedachten zo snel dat u moeite had ze te volgen?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Werd u zo gemakkelijk afgeleid dat de minste onderbreking u de draad deed kwijtraken?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Was u zodanig rusteloos of lichamelijk actief, dat anderen zich zorgen over u maakten?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Werd u dermate aangetrokken tot bepaalde aangename activiteiten dat u de neiging had om de mogelijke risico's of gevolgen over net hoofd te zien? (koopwoede, roekeloos rijgedrag, ongewone seksuele activiteit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Zijn er tenminste 3 JA's in D3, OF*

*4 JA's indien D1a of D1b met NEE beantwoord is?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde sectie

NEE

JA

- D4 Duurden deze problemen tenminste een week en zijn zij de oorzaak geweest van problemen thuis, op school of op net werk OF werd u in het ziekenhuis opgenomen vanwege deze problemen? (Indien **JA** op één van de twee, scoor dan **JA**)

Werd **D4** met **NEE** beantwoord?

Indien **JA**, specificeer het antwoord.

NEE

JA

**Hypomane episode**

Current

Lifetime

Werd **D4** met **JA** beantwoord?

Indien **JA**, specificeer het antwoord.

NEE

JA

**Manische episode**

Current

Lifetime

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## E. PANIEKSTOORNIS

E1 Heeft u meer dan eens, aanvallen meegemaakt waarbij u zich plotseling heel angstig, geschrokken, onbehaaglijk of gespannen voelde en dat in situaties waarin de meeste mensen dat niet zouden zijn? Bereikte zo'n aanval een piek binnen 10 minuten? (Alleen JA bij piek binnen 10 minuten)

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeer NEE bij E5 Ga naar F1	

E2 Kwam één van deze aanvallen ooit onverwacht, zonder enige aanleiding of uitlokkende factor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeer NEE bij E5 Ga naar F1	

E3 Heeft u na een dergelijke aanval, ooit een periode van tenminste een maand gehad waarin u bang was om weer zo'n aanval te krijgen of ongerust was over de mogelijke gevolgen van zo'n aanval?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeer NEE bij E5 Ga naar F1	

E4 **Tijdens de ergste aanval die u zich kan herinneren:**

a Had u een bonzend of overslaand hart of hartkloppingen ?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b Transpireerde u of had u klamme handen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c Had u last van trillen of beven?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

d Was u kortademig of had u moeite met ademen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

e Had u net gevoel te stikken of had u een prop in de keel?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

f Voelde u pijn of een drukkend of onaangenaam gevoel op de borst?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

g Was u misselijk, had u last van uw maag of acute diarree?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

h Voelde u zich duizelig, onvast, licht in het hoofd, alsof u zou flauwvallen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

i Had u een gevoel van onwerkelijkheid, alsof u los van uzelf stond?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

j Was u bang om gek te worden of de zelfbeheersing te verliezen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

k Was u bang dood te gaan?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

l Had u een verdoofd gevoel of tintelingen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

m Had u opvliegers / warmte-opwellingen of koude rillingen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

E5 *Zijn er tenminste 4 JA's in E4?*

*Indien E5 = NEE, ga direct naar E7.*

NEE JA

**Paniekstoornis**  
*lifetime*

E6 Heeft u de afgelopen maand vaker dergelijke aanvallen gehad (2 of meer) of had u na zo'n aanval voortdurend de angst een volgende aanval te krijgen?

*Indien E6 = JA, ga direct naar F1.*

NEE JA

**Paniekstoornis**  
*current*

E7 *Zijn er slechts 1, 2 of 3 JA's in E4?*

NEE JA

**Beperkte**  
**symptoomaanvallen**  
*lifetime*

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## F. AGORAFOBIE

F1 Voelt u zich bijzonder onbehaaglijk op een plaats of in een situatie van waaruit ontsnappen moeilijk of gênant is of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn wanneer u een paniekaanval zou krijgen: bijvoorbeeld in een menigte, een rij, alleen ver van huis, op een brug, in een bus, trein of auto?

NEE JA

Codeer NEE bij F2

F2 Is uw angst voor die plaatsen of situaties zo erg dat u ze vermijdt, zich laat begeleiden of ze met veel ongemak doorstaat?

NEE JA

Einde sectie

**Agorafobie**  
current

Wordt F2 met NEE beantwoord en E6 (actuele paniekstoornis) met JA?

NEE JA

**Paniekstoornis**  
zonder agorafobie  
current

Wordt F2 met JA beantwoord en E6 (actuele paniekstoornis) met JA?

NEE JA

**Paniekstoornis**  
met agorafobie  
current

Wordt F2 met JA beantwoord en E5 (lifetime paniekstoornis) met NEE?

NEE JA

**Agorafobie**  
zonder paniekstoornis  
in voorgeschiedenis  
current

## G. SOCIALE FOBIE

G1 Heeft u tijdens de voorbije maand angst gevoeld om in het middelpunt van de belangstelling te staan of was u bang om vernederd te worden? Bijvoorbeeld wanneer u moest spreken voor een groep mensen, eten in gezelschap, schrijven terwijl anderen toekeken of in andere sociale situaties?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

G2 Vindt u dat deze angst overdreven of onredelijk is?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

G3 Heeft u zulke angst voor die sociale situaties dat u ze in de praktijk vermijdt of ze met veel moeite doorstaat?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

G4 Verstoort deze angst uw normale werkzaamheden, uw sociale activiteiten of is zij de oorzaak van ernstig ongemak?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sociale fobie</b>	
<i>current</i>	

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## H. OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS

- H1 Heeft u in de afgelopen maand last gehad van terugkerende gedachten, beelden of neigingen die ongewenst, ongepast, opdringerig of verontrustend waren (bijvoorbeeld de gedachte dat u vuil was of bacteriën meedroeg OF dat u iemand buiten uw wil iets aan zou doen OF dat er iemand iets zou overkomen door uw nalatigheid OF zich voortdurend opdringende seksuele of religieuze gedachten OF overdreven twijfelen of controleren)?  
*(Geen rekening houden met overdreven bezorgdheid met werkelijke problemen uit het dagelijkse leven of met de bezorgdheid in verband met een andere stoornis.)*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ga naar H4	

- H2 Bleven deze gedachten / neigingen zich aan u opdringen, ook als u probeerde ze te negeren, te weerstaan of kwijt te raken?
- H3 Denkt u dat deze gedachten uit uzelf komen en u niet van buitenaf worden opgelegd?
- H4 Heeft u zich in de loop van de afgelopen maand vaak gedwongen gevoeld om bepaalde handelingen zonder ophouden te doen zonder dat u zichzelf kon tegenhouden, zoals handenwassen, tellen of voortdurend dingen controleren?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ga naar H4	

*Werd op H3 OF H4 met JA geantwoord?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Einde sectie	

- H5 Vindt u dat deze gedachten/handelingen onredelijk zijn, absurd of buiten proportie?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Einde sectie	

- H6 Heeft u last van deze gedachten / handelingen bij uw dagelijkse bezigheden, uw werk of bij uw sociale contacten of beslaan zij meer dan een uur per dag?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Obsessieve- compulsieve stoornis</b> current	

## I. POST-TRAUMATISCHE-STRESSSTOORNIS (optioneel)

- I1 Bent u ooit blootgesteld aan of was u getuige van een extreem traumatische ervaring buiten de gewone levensgebeurtenissen?  
*(Voorbeelden van traumatische gebeurtenissen: ernstig ongeval, verkrachting, mishandeling, terroristische aanval, gijzeling, overval, brand, oorlog, een onverwacht overlijden, de ontdekking van een lichaam.)*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

- I2 Heeft u in de afgelopen maand deze gebeurtenis op een storende manier herbeleefd?  
*(Bijvoorbeeld in dromen, nachtmerries, flashbacks, intense herinneringen of door lichamelijke reacties.)*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

### I3 **In de afgelopen maand:**

- a Heeft u geprobeerd om niet meer aan deze gebeurtenis te denken of heeft u alles vermeden wat u eraan zou kunnen herinneren?
- b Heeft u moeite om bepaalde delen van wat gebeurt is te herinneren?
- c Bent u minder geïnteresseerd in hobby's of sociale activiteiten?
- d Heeft u zich onthecht gevoeld?
- e Heeft u de indruk dat uw gevoelens minder intens zijn?
- f Heeft u de indruk dat uw leven korter zal zijn door dit trauma?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Zijn er tenminste 3 JA's in I3?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

### I4 **In de afgelopen maand:**

- a Heeft u slaapproblemen gehad?
- b Was u prikkelbaar of snel kwaad?
- c Had u concentratieproblemen?
- d Was u zenuwachtig of voortdurend op uw hoede?
- e Was u erg schrikachtig?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Zijn er tenminste 2 JA's in I4?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	
Einde sectie	

- I5 Hebben deze problemen u in de afgelopen maand in belangrijke mate gehinderd bij uw werk of sociale activiteiten of hebben deze u veel ongemak bezorgd?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Post-traumatische stresstoornis current</b>	

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## L. PSYCHOTISCHE STOORNIS

Bij positieve antwoorden in deze sectie steeds een **voorbeeld** vragen. Alleen **JA** scoren indien de voorbeelden duidelijk aantonen dat er een denk- en/of waarnemingsstoornis aanwezig is of wanneer ze niet cultureel aangepast zijn.

**Bizarre waangedachten:** de inhoud is duidelijk absurd, onwaarschijnlijk en niet gebaseerd op de gewone levenservaring.

**Bizarre hallucinaties:** stemmen die commentaar geven op de gedachten of gedragingen van de cliënt OF verschillende stemmen die met elkaar spreken.

**Ik ga u nu een paar vragen stellen over nogal ongewone of bizarre ervaringen die sommige mensen kunnen meemaken:**

	NEE	JA	BIZAR
L1a Heeft u ooit de indruk gehad dat iemand u bespiedde, een complot tegen u smeedde of dat men probeerde u kwaad te berokkenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Gelooft u dat op dit ogenblik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga naar L6a
L2a Heeft u ooit de indruk gehad dat men uw gedachten kon lezen of horen of dat u zelf de gedachten van anderen kon lezen of horen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Gelooft u dat op dit ogenblik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga naar L6a
L3a Heeft u ooit de indruk gehad dat iemand of iets buiten uzelf uw gedachten of handelingen probeerde te beïnvloeden of te controleren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Gelooft u dat op dit ogenblik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga naar L6a
L4a Heeft u ooit de indruk gehad dat bepaalde berichten van televisie, radio of de kranten speciaal voor u bestemd waren of dat iemand die u niet persoonlijk kende een bijzondere belangstelling voor u had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Gelooft u dat op dit ogenblik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga naar L6a
L5a Heeft u ooit gedachten of opvattingen gehad waarvan mensen in uw omgeving dachten dat ze vreemd of ongewoon waren en die zij niet konden delen? <i>(Alle waanideeën die in de vragen L1 - L4 nog niet uitgevraagd werden, bijvoorbeeld grootheid-, hypochondrische, ondergangs- of schuldwanen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Beschouwen zij uw gedachten op dit ogenblik als vreemd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L6a Is het ooit gebeurd dat u iets heeft gehoord wat anderen niet konden horen, zoals stemmen? <i>(Hallucinaties worden als Bizar gecodeerd als de cliënt JA antwoordt op de volgende vraag:)</i> Hoorde u een stem die commentaar gaf op uw gedachten of uw gedrag of hoorde u twee of meer stemmen die met elkaar spraken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <i>Indien JA:</i> Is dat de afgelopen maand gebeurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga naar L8b

- |                                                                                  | NEE                      | JA                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L7a Heeft u ooit visioenen gehad, of dingen gezien die anderen niet konden zien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b <i>Indien JA:</i> Is dat de afgelopen maand gebeurd?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### KLINISCHE OBSERVATIE

- |                                                                                                                                                                                           | NEE                      | JA                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L8b <i>Spreekt de cliënt op dit moment onsamenhangend, verward of raakt hij vaak de draad kwijt?</i>                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L9b <i>Vertoont de cliënt op dit moment duidelijk katatoon of chaotisch gedrag?</i>                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L10b <i>Zijn er tijdens het interview prominente negatieve symptomen van schizofrenie aanwezig? (Bijvoorbeeld gedachten- of spraakarmoede, affectvervlakking, verminderd initiatief.)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- L11 *Is er van L1 - L10 tenminste:*  
 - één b-vraag waarop JA, BIZAR is geantwoord OF  
 - twee b-vragen waarop JA, niet BIZAR is geantwoord?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychotische stoornis</b> current	

- L12 *Is er van L1 - L17 tenminste:*  
 - één a-vraag waarop JA, BIZAR is geantwoord OF  
 - twee a-vragen waarop JA, niet BIZAR is geantwoord?  
 (nagaan of de twee symptomen tegelijkertijd zijn voorgekomen) OF  
 is L11 met JA beantwoord?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychotische stoornis</b> lifetime	

- |                                                                                                             | NEE                      | JA                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L13a <i>Indien L12 = JA: Heeft de cliënt een depressieve of een manische episode (actueel of lifetime)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

→  
Einde sectie

- L13b U heeft me eerder verteld een periode (periodes) meegemaakt te hebben waarin u zich depressief/opgewonden/prikkelbaar voelde. Zijn de gedachten of indrukken waarover we het hadden, zoals (*citeer de symptomen die met JA zijn beantwoord van L1 tot L7*) alleen opgetreden tijdens die periode(s) waarin u zich depressief/opgewonden/prikkelbaar voelde?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stemmingstoornis</b> met psychotische kenmerken current	

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## M. ANOREXIA NERVOSA

M1a Wat is uw lengte?

   cm

M1b Wat was uw laagste gewicht in de afgelopen 3 maanden ?

   kg

M1c *Is het gewicht van de cliënt onder de kritieke drempel voor zijn of haar lengte?*  
(Zie tabel)

NEE JA

 

Einde sectie

### In de afgelopen drie maanden:

M2 Heeft u geprobeerd om niet in gewicht toe te nemen, ondanks het feit dat u zo weinig woog?

NEE JA

 

Einde sectie

M3 Was u bang om zwaarder of dikker te worden, ondanks uw lage gewicht?

NEE JA

 

Einde sectie

M4a Vond u zichzelf dik of vond u bepaalde delen van uw lichaam te dik?

 

M4b Werd uw gevoel van eigenwaarde grotendeels beïnvloed door uw lichaamsgewicht of uw figuur?

 

M4c Dacht u dat uw lichaamsgewicht normaal of te hoog was?

 

M5 *Is er tenminste één JA in M4?*

NEE JA

 

Einde sectie

M6 *Alleen voor vrouwen:* Zijn de laatste drie maanden uw menstruaties weggebleven terwijl u ze wel verwachtte?

NEE JA

 

Einde sectie

**Vrouwen:** wordt op M5 en M6 met JA geantwoord?

**Mannen:** wordt op M5 met JA geantwoord?

NEE JA

 

**Anorexia nervosa  
current**

Tabel: Lengte - Kritieke gewichtsdrempel (lengte zonder schoenen, gewicht zonder kleren) Vermeld gewicht = normaal - 15%

Lengte (cm)	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Vrouwen	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Mannen	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

## N. BULIMIA NERVOSA

- N1 Heeft u in de afgelopen drie maanden aanvallen van vraatzucht gehad waarbij u grote hoeveelheden voedsel at binnen een periode van twee uur?
- NEE  JA   
Einde sectie
- N2 Heeft u in de afgelopen drie maanden per week ten minste twee aanvallen van vraatzucht gehad?
- NEE  JA   
Einde sectie
- 
- N3 Had u tijdens die aanvallen van vraatzucht het gevoel dat u er geen controle meer over had of niet kon stoppen?
- NEE  JA   
Einde sectie
- N4 Heeft u iets gedaan om te voorkomen dat uw gewicht zou toenemen na die aanvallen van vraatzucht, zoals braken, vasten, overmatige lichaamsbeweging, laxeremiddelen, diuretica of eetlustremmers?
- NEE  JA   
Einde sectie
- N5 Wordt uw zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde sterk beïnvloed door uw lichaamsgewicht of figuur?
- NEE  JA   
Einde sectie
- N6 *Voldoet de cliënt aan de criteria voor Anorexia nervosa (module M).*
- NEE  JA   
Ga naar N8
- N7 Treden die aanvallen van vraatzucht enkel op wanneer u minder dan ....kg weegt?  
*(Neem het drempelgewicht uit de tabel op pagina 17)*
- NEE  JA   
Einde sectie

N8 *Is N5 JA en N7 NEE (of blanco)?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bulimia nervosa</b> current	

*Is N7 JA?*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anorexia nervosa</b> Vreetbuien / purgerende type current	

# PSYCHODIAGNOSTISCH INTERVIEW

## O. GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS

O1a Heeft u in de afgelopen zes maanden buitensporig gepiekerd en zich zorgen gemaakt over meerdere problemen van het dagelijkse leven, op het werk, thuis, in uw naaste omgeving?

*(Niet JA scoren wanneer de beschreven angst het gevolg is van één van de hiervoor onderzochte stoornissen zoals paniekstoornis, sociale fobie, OCD, ...)*

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde sectie

O1b Zijn deze zorgen bijna elke dag aanwezig?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde sectie

O2 Vindt u het moeilijk om deze bezorgdheid in de hand te houden of belemmert dit u om zich te concentreren?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde sectie

*Van O3a tot O3f, codeer NEE indien de symptomen beperkt zijn tot een eerder onderzochte stoornis.*

O3 **In deze periodes van piekeren, bezorgdheid of ongerustheid, gebeurt het vaak dat:**

a U zich rusteloos, geladen of zenuwachtig voelt?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b U zich gespannen voelt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c U zich vermoeid, zwak of snel uitgeput voelt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

d U zich moeilijk kunt concentreren of dat u ineens 'niets meer weet'?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

e U bijzonder prikkelbaar bent?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

f U slaapproblemen heeft? (Moeite met in slaap vallen, wakker worden in het midden van de nacht of vroeg in de ochtend, of overdreven veel slapen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zijn er tenminste 3 JA's in O3?

NEE	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gegeneraliseerde  
angststoornis  
current**

## CONCLUSIEBLAD

JA IN HET  
DIAGNOSEVAK

- |                          |       |                                                                 |                          |                          |                          |
|--------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A     | Depressieve periode. <i>Current of lifetime?</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>current</i>           | <i>lifetime</i>          |                          |
| <input type="checkbox"/> | A'    | Depressieve periode met melancholische kenmerken current        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | B     | Dysthymie current                                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | C     | Suïcidaal risico                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |       |                                                                 | <i>laag</i>              | <i>matig</i>             | <i>hoog</i>              |
| <input type="checkbox"/> | D     | Hypomane episode                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>current</i>           | <i>lifetime</i>          |                          |
| <input type="checkbox"/> | D     | Manische episode                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>current</i>           | <i>lifetime</i>          |                          |
| <input type="checkbox"/> | E (F) | Paniekstoornis current. <i>Met of zonder agorafobie?</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>met</i>               | <i>zonder</i>            |                          |
| <input type="checkbox"/> | E     | (Paniekstoornis) Beperkte symptoomaanvallen lifetime            |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | F     | Agorafobie current zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | G     | Sociale fobie current                                           |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | H     | Obsessieve-compulsieve stoornis current                         |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | I     | Post-traumatische-stressstoornis                                |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | L     | Psychotische stoornis. <i>Current of lifetime?</i>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>current</i>           | <i>lifetime</i>          |                          |
| <input type="checkbox"/> | L     | Stemmingstoornis met psychotische kenmerken current             |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | M (N) | Anorexia nervosa current. <i>Purgerende type?</i>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |       |                                                                 | <i>ja</i>                | <i>nee</i>               |                          |
| <input type="checkbox"/> | N     | Bulimia nervosa current                                         |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | O     | Gegeneraliseerde angststoornis current                          |                          |                          |                          |