

## Screening Fragen

Um zu verhindern, dass wichtige Problembereiche übersehen werden, bitte beantworten Sie diese Fragen. Falls eine Frage unklar sein sollte, bitte lassen Sie die Antwort frei. Ihre Antworten besprechen wir in der nächsten Sitzung.

	Ja	Viell- eicht	Nein
1. Hatten Sie schon in Ihrem Leben jemals eine Phase, in der Sie sich über eine längere Zeit, mindestens aber über 14 Tage hinweg, andauernd niedergedrückt, depressiv, ohne Freude und Interesse an bekannten Aktivitäten oder antriebslos gefühlt haben?			
2. Hatten Sie schon einmal über mindestens 6 Monate hinweg einen schweren und belastenden Schmerz, für den Ihr Arzt keine genaue Ursache finden konnte?			
3. Gibt es bei Ihnen verschiedene körperliche Symptome, z.B. des Herzens, des Verdauungssystems oder der Haut, ohne dass diese erfolgreich behandelt werden konnten oder dass eine eindeutige medizinische Ursache dafür aufgefunden werden konnte?			
4a. Sind Sie jemals in Ihrem Leben darauf angesprochen worden, dass Sie zu viel trinken oder, dass Sie Probleme mit Alkohol haben? Oder hatten Sie selbst den Eindruck, dass Sie Ihr Trinken nicht mehr kontrollieren konnten und eigentlich mehr getrunken haben, als Sie ursprünglich wollten?			
4b. Nehmen Sie außer Alkohol regelmäßig Drogen z.B. Cannabis, Kokain, Ecstasy oder vom Arzt nicht verschriebene Schmerz- oder Beruhigungsmittel zu sich?			
4c. Oder nehmen Sie Medikamente in großen Mengen oder häufiger bzw. höher dosiert, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen?			
5. Haben Sie vor irgendetwas (z. B. kleinen Tieren, Anblick von Blut etc.) intensive Ängste, die dazu führen, dass Sie die Begegnung mit diesen Objekten oder Situationen vermeiden?			
6. Haben Sie deutliche Angst davor, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, oder Angst, in der Öffentlichkeit zu erröten, zu erbrechen oder die Kontrolle über Ihre Blase oder Ihren Stuhlgang zu verlieren?			
7. Haben Sie ausgeprägte Angst vor Menschenmengen, öffentlichen Plätzen oder generell vor Situationen, aus denen Sie glauben, keinen Fluchtweg mehr zu haben, oder vermeiden Sie weite Entfernungen von Ihrem Zuhause ohne Begleitung Ihnen vertrauter Personen?			
8. Haben Sie schon Angstanfälle ohne scheinbaren Grund erlebt, bei denen Sie panische Angst hatten und/oder Ihr Herz sehr stark klopfte, der Schweiß ausbrach, Sie anfangen zu zittern oder unter Mundtrockenheit litten oder bei denen Sie das Gefühl hatten, die Kontrolle zu verlieren, oder die Angst hatten, verrückt zu werden?			
9. Waren Sie schon über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten generell besorgt, insbesondere darüber, dass Ihnen oder einem nahen Angehörigen etwas Schlimmes passieren oder ein Unglück zustoßen könnte? Waren Sie während dieser Zeit übermäßig angespannt, nervös oder besorgt?			
10. Haben Sie je in der Vergangenheit unter Gedanken gelitten, die Sie unsinnig, beängstigend, bedrohlich oder beschämend empfanden (z. B. den Gedanken, Sie könnten anderen unwissentlich etwas angetan haben oder andere könnten durch Ihre Schuld zu Schaden kommen oder Sie könnten in der Öffentlichkeit etwas ausrufen)?			
11. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie bestimmte Handlungen (wie z. B. waschen, kontrollieren oder zählen) immer wieder durchgeführt haben, um eine innere Spannung oder Besorgnis abzubauen?			
12. Waren Sie schon einmal über längere Zeit (mindestens 6 Monate) davon überzeugt, an einer schweren körperlichen oder seelischen Erkrankung oder einer Entstellung oder Missbildung zu leiden, obwohl ärztliche Untersuchungen mehrfach ergeben haben, dass Sie gesund sind?			
13a. Sind Sie schon einmal Opfer oder Zeuge einer Katastrophe, eines Verbrechens oder einer sonstigen Bedrohungssituation geworden?			

13b. Hat dies dazu geführt, dass Sie darüber nicht hinweg gekommen sind und sich Erinnerungen und Bilder daran immer wieder aufdrängen oder sich Ihre Lebensführung oder Ihr Lebensgefühl nachhaltig verändert hat?			
14. Waren Sie als Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung (z. B. eine eigene Erkrankung, einen Trauerfall, eine Trennungssituation) schon einmal über einen längeren Zeitraum hinweg ängstlich, depressiv oder sonst wie beeinträchtigt?			
15. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie mit Heißhungergefühl größere Mengen Nahrung in sich hineingeschlungen haben? Haben Sie diese dann ggf. anschließend wieder erbrochen?			
16. Haben Sie schon einmal eine längere Zeit so auf Ihr Körpergewicht geachtet, dass andere Menschen Sie darauf angesprochen haben, dass Sie zu dünn sind und eigentlich zunehmen sollten?			
17. Hatten Sie schon einmal Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie kaum Schlaf brauchten, Sie große Pläne hatten und sehr viel mehr als sonst aktiv waren, sehr viel mehr als sonst gesprochen und unter schnell wechselnden Einfällen gelitten haben?			
18. Kam es schon einmal vor, dass Sie sich von anderen beobachtet, beeinflusst oder verfolgt gefühlt haben, dass Ihre Gedanken für andere hörbar waren oder Ihnen von anderen eingegeben wurden, oder aber dass Sie Stimmen gehört haben, die Ihre Handlungen kommentierten, oder dass Sie festgestellt haben, dass bestimmte Ereignisse oder Vorgänge (z. B. die Nachrichten im Fernsehen) eine spezielle und nur für Sie bestimmte Bedeutung hatten?			
19. Hatten Sie jemals Probleme mit der Orientierung (nicht wissen, wo man ist), mit dem Gedächtnis (häufiges Verlegen oder Vergessen wichtiger Dinge) oder der Aufmerksamkeit (Ungeschicklichkeiten, Unfälle, Abwesenheitszustände, Tagträume)?			
20a. Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild?			
20b. Oder zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z. B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle usw.)?			
20c. Erleben Sie häufig plötzlich auftretende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können?			
21. Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität und/oder der sexuellen Funktion erlebt haben?			
22. Gibt es sonstige seelische oder soziale Probleme, Konflikte, Besonderheiten oder Ereignisse, die entweder von Ihnen selbst oder nahen Bezugspersonen (Partner, Kollegen) als auffällig, problematisch, störend oder bedrohlich eingestuft wurden oder werden?			
23. Sind Sie jemals in Ihrem Leben darauf angesprochen worden, dass exzessiv Computer- oder Glücksspiele spielen, fernsehen oder Ähnliches? Oder hatten Sie selbst den Eindruck, dass Sie Ihren Gebrauch nicht mehr kontrollieren konnten und eigentlich mehr nutzten, als Sie ursprünglich wollten?			
24. Gab es zu den oben genannten Themenbereichen bereits ärztliche oder psychologische Untersuchungen? Wenn ja, bitte schreiben Sie unten oder auf ein weiteres Blatt die Ergebnisse und bringen Sie Kopien der Befundberichte mit.			

Zu Frage Nr: ____	Untersuchung bei:	Datum:	Ergebnis: