

Fragebogen 1

Unter welchen Symptomen und Beschwerden leiden Sie? (Zutreffendes unterstreichen)

1. Unter vielen Beschwerden in verschiedenen Körperregionen
2. Wechselnden körperlichen Beschwerden
3. Immer wieder denselben körperlichen Beschwerden
4. Andauerndem, quälendem Schmerz
5. Müdigkeit nach kleinster Anstrengung
6. Schlafstörungen
7. Schlechtem Appetit
8. Schlechtem Selbstwertgefühl
9. Schuldgefühlen, sich als Versager fühlen
10. Morgens zu früh erwachen
11. Morgentief
12. Gehemmtheit
13. Gewichtsverlust
14. Sich sexuell lustlos fühlen
15. Suizidgedanken
16. Angst vor ganz bestimmten Situationen
17. Erwartungsangst
18. Ständiger Ängstlichkeit, ohne sagen zu können, wovor
19. Vermeidung ganz bestimmter Situationen
20. Furcht, das Haus zu verlassen
21. Furcht, Geschäfte zu betreten
22. Furcht vor Menschenmengen
23. Furcht, öffentlich zu reisen
24. Vermeidung sozialer Situationen
25. Furcht vor Kritik oder Blamage
26. Erröten oder Händezittern in sozialen Situationen
27. Furcht vor ganz bestimmten Tieren
28. Angstattacken, immer wieder ohne Grund
29. Plötzlichem beängstigendem Herzklopfen
30. Anfällen von Brustschmerz
31. Anfällen von Erstickengefühl
32. Schwindelanfällen
33. Angst zu sterben
34. Furcht, die Kontrolle zu verlieren
35. Angst, wahnsinnig zu werden
36. Innerer Unruhe, keine Entspannung finden

37. Schwitzen oder Zittern
38. Furcht, krank zu werden oder zu sein
39. Sorge, andere könnten erkranken oder sterben
40. Angst vor der Zukunft
41. Alpträumen
42. Grübelzwang
43. Zwangsimpulsen
44. Zwangshandlungen (z. B. häufiges Händewaschen)
45. Häufigen Alpträumen
46. Gefühl von Betäubtsein
47. Teilnahmslosigkeit
48. Schreckhaftigkeit
49. Zeitweiligem Verlust der Erinnerung
50. Zeitweilig nicht zu wissen, wer man eigentlich ist
51. Zeitweilig die Umgebung nicht (richtig) wahrnehmen können
52. Zeitweilig bestimmte Körperglieder nicht mehr bewegen können
53. Krampfanfälle (keine Epilepsie)
54. Empfindungsstörungen
55. Sehstörungen
56. Hörstörungen
57. Gedrückter Stimmung
58. Wenig oder keinem Antrieb
59. Mangel an Freude und Interesse
60. Sich schlecht konzentrieren können
61. Angst, dick zu werden
62. Starke Gewichtsschwankungen
63. Fressanfällen
64. Selbst herbeigeführtem Erbrechen
65. Aversion gegen Sex
66. Störungen der Erektion
67. Orgasmusstörung
68. Problemen beim Samenerguss
69. Verkrampfung der Vagina beim Verkehr
70. Schmerzen beim Verkehr
71. Angst vor sexuellem Versagen
72. Überstarkem sexuellen Verlangen

Welche der oben genannten Symptome stellen Ihre **Hauptbeschwerden** dar? **Unterstreichen** Sie bitte Ihre Hauptbeschwerden in der obigen Liste **doppelt** (z. B.: Gedrückte Stimmung).

Was glauben Sie, was die **Ursache** für Ihre Hauptbeschwerden ist? (**Zutreffende Aussagen bitte unterstreichen, Sie können Ihre persönlichen Anmerkungen dazuschreiben.**)

73. Verursacht durch schwerwiegende Umstände in meiner Vergangenheit

74. Ausgelöst durch aktuelle Lebensveränderungen

75. Ich habe keine rechte Idee, worauf meine Beschwerden zurückzuführen sind.

Auf welche Bereiche Ihres Lebens wirken sich Ihre Hauptbeschwerden besonders stark aus?

76. auf mein körperliches Wohlbefinden

77. auf mein Sexualleben

78. auf meinen Beruf und meine Leistungsfähigkeit

79. auf meine sozialen Kontakte (Familie, Partnerschaft, Freunde, Kollegen)

80. auf meine Zukunftsplanung und meine Zuversicht in die Zukunft

Haben Sie dauernd oder zeitweise Probleme?

81. der Haut (z. B. Ausschläge, Juckreiz, Schwitzen, Trockenheit)?

82. der Verdauungsorgane (z. B. Blähungen, Völlegefühl, Verstopfung)?

83. der weiblichen Unterleibsorgane (unregelmäßige Periode, Beschwerden vor, während oder nach der Periode, schwache Blase)

84. der männlichen Harn-/Geschlechtsorgane (Störungen beim Wasserlassen)

85. des Kreislaufs (kalte Hände/Füße, schwarz vor Augen, Herzklopfen, Schwindel)

86. der Luftwege (häufig Erkältungen, Schnupfen, Hustenreiz)

87. des Bewegungsapparates (Verspannungen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkungen)

Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?

88. Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden operiert, aber ohne wirkliche Besserung.

89. Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden schon mehrfach mit technischem Aufwand untersucht, ohne dass man mir wirklich dauerhaft helfen konnte.

90. Wegen meiner körperlichen Beschwerden habe ich schon viele verschiedene Fachärzte aufgesucht.

91. Ich habe eine körperliche Krankheit, die sich durch seelische Einflüsse deutlich verschlechtert.

Ich nehme immer mal wieder oder regelmäßig die folgenden Medikamente ein.

92. Abführmittel

93. Appetitzügler

94. Mitteln gegen Depression

95. Schmerzmittel

96. Mittel gegen Magensäure

97. Cortison oder andere Hormone

98. Vitamine oder Naturheilmittel

99. Schlafmittel

100. Beruhigungsmittel

101. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Welche? _____

102. Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

103. Welche alkoholischen Getränke trinken Sie? _____

Wie viel? _____

104. Wie groß sind Sie? _____ cm.

Wie viel wiegen Sie? _____ kg.

Welche Aussagen treffen auf Sie zu? (**Zutreffendes bitte unterstreichen**)

105. Ich strenge mich sehr an, einen schlanken und straffen Körper zu haben.

106. Ich habe schon viele Diäten gemacht.

107. Ich beschäftige mich sehr intensiv mit dem Essen.

108. **Wann** traten die Hauptbeschwerden, die Sie oben doppelt unterstrichen haben, **erstmal**s auf?

Jahreszahl _____

im Alter von _____

vor _____ Wochen Monaten/Jahren

109. Welche der folgenden Ereignisse oder Umstände **gingen dem Beginn Ihrer Beschwerden voran oder folgten auf den Beginn** Ihrer Beschwerden? (**Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen**)

eine Erkrankung (welche?) _____

Umzug – Reise – Ausbildung – Prüfung – Berufswechsel – Heirat – Hausbau – Pubertät – Schwangerschaft – Geburten – Trennungen – Auszug der Kinder – Krankheit und Tod nahestehender Menschen – Enttäuschungen – Verschuldung – Arbeitslosigkeit – Versetzung in den Ruhestand – politische Ereignisse –

Sonstiges: _____

Unter welchen **Begleitumständen** treten Ihre Hauptbeschwerden vermehrt oder verstärkt auf?
z. B. vor, während oder nach der Periode – in der Zyklusmitte – bei Stress – Zeitnot – Ärger – Sorgen
– Wut – Trauer – Angst – Freude – bei der Arbeit – in der Freizeit – am Wochenende – im Urlaub – durch
Wettereinflüsse – bei Ruhe – bei Bewegung – beim Sport – beim Alleinsein – unter Menschen – während
des Schlafs – nach dem Schlaf – bei zu wenig Schlaf – bei zu viel Schlaf – Sonstiges: _____

110. Was glauben Sie selbst, was die **Ursache oder der Auslöser** für Ihre aktuellen Beschwerden ist?

111. Wurden Sie im **Krankenhaus** behandelt? Ja. Wann und weshalb? _____

112. Wurden Sie **operiert**? Ja. Wann und weshalb? _____

113. Erhielten Sie **Strahlentherapie** Wann? _____

Chemotherapie Wann? _____

114. Wurden Sie schon einmal in einem **psychotherapeutischen oder psychiatrischen Krankenhaus** behandelt?

Ja. Wann und weshalb? _____

Wodurch wurden die Beschwerden damals ausgelöst? _____

115. Wurden Sie schon einmal wegen einer **Suchterkrankung** behandelt?

Nein. Ja.

116. Wurden Sie schon einmal wegen **Depression** behandelt?

Nein. Ja.

117. Wurden Sie schon einmal wegen **Ängsten** behandelt?

Nein. Ja.

118. Wurden Sie schon einmal wegen **Zwängen** behandelt?

- Nein. Ja.

119. Wurden Sie schon wegen **traumatischer Erlebnisse** behandelt?

- Nein. Ja.

120. Wurden Sie schon wegen **psychosomatischer Beschwerden** behandelt?

- Nein. Ja.

121. Wurden Sie schon einmal wegen **Essstörungen** behandelt?

- Nein. Ja.

122. Wurden Sie schon einmal wegen **Schlafstörungen** behandelt?

- Nein. Ja.

123. Sind Sie mit ihrem **Sexualleben** zufrieden?

- Ja Nein. Wenn nein, warum nicht? _____

124. Sind Sie mit Ihrem **Beruf** zufrieden?

- Ja Nein. Wenn nein, warum nicht? _____

125. Sind Sie mit Ihrer **Partnerschaft** zufrieden?

- Ja Nein. Wenn nein, warum nicht? _____

126. Wo liegen Ihre **Interessenschwerpunkte** (z. B. Beruf, Familie, Sport, Religion/Gemeinde, Hobby, Kunst, Politik)?

127. Was ist in den **letzten 5 Jahren** auf Sie zugekommen? (Nennen Sie mindestens 5 Lebensereignisse.)

128. Was muss sich in Ihrem Leben **dringend ändern**? _____

129. Welche Pläne haben Sie in den **kommenden 5 Jahren**? (Nennen Sie mindestens 5 Punkte.)

130. Wie ist Ihre **Zuversicht**, Ihre persönlichen Ziele zu verwirklichen?

groß mittel gering

131. Was fürchten Sie am meisten? Z. B. krank zu werden, zu sterben, zu altern, zu versagen, sich zu blamieren, geliebte Menschen zu verlieren, allein zu sein, arm zu sein, abhängig zu sein (**Zutreffendes unterstreichen bzw. nachfolgend ergänzen**) – Sonstiges: _____

132. Was wollen Sie tun, wenn Sie **keine Beschwerden mehr** haben?
