

0 = nicht 1 = leicht 2 = mittel 3 = stark/ schwer ausgeprägt

In den letzten 7 Tagen ging es mir so / fühlte/ reagierte/dachte ich so:

Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird.

- | | | | | |
|-----|---|---------|---|----|
| 1. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 | Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird. | |
| 2. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik. | |
| 3. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln. | |
| 4. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne dass es nach Ansicht von Menschen, denen ich normalerweise vertraue, einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt. | |
| 5. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir befehlen, etwas zu tun). | |
| 6. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe dem Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten oder laut werden. | Sc |
| 7. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt anstrengend ist. | |
| 8. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so dass ich kaum den einen Gedanken zu Ende denken kann. | |
| 9. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend. | |
| 10. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich fühle mich voller an Energie und Unternehmungsgeist als zu meinen besten Zeiten, meine Energie ist grenzenlos. | Ma |
| 11. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte beende. | |
| 12. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern. | Or |
| 13. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich nachgelassen. | |
| 14. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich fühle mich bedrückt, traurig und niedergeschlagen. | |
| 15. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig Hoffnung. | |
| 16. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen. | |
| 17. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher. | |
| 18. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren. | |
| 19. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe. | |
| 20. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben. | |
| 21. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich fühle mich innerlich unruhig. | |
| 22. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher. | |
| 23. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. dass ich alles nicht schaffen werde. | |
| 24. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends). | De |
| 25. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen. | |
| 26. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen. | |
| 27. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, ist nicht vorhersehbar, unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen. | |
| 28. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen. | |
| 29. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen. | |
| 30. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme). | |
| 31. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst, in öffentlichen Situationen zu essen/zu sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. | |
| 32. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten. | |
| 33. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, Blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen | |
| 34. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt oder ähnlichem. | An |
| 35. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle über mich verliere oder ohnmächtig werde oder verrückt werde. | |
| 36. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich vermeide so oft es geht Angstsituationen. | |
| 37. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch. | |
| 38. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt. | |
| 39. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich bin misstrauisch, entdecke gegen mich gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell. | |
| 40. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können. | |
| 41. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung. | |
| 42. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen). | |
| 43. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich leide unter nächtliche Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen | |
| 44. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge ablaufende ritualhafte Reaktionsabläufe. | |
| 45. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll-zwanghaftes Stehlen, Spielen, Zündeln, Haare ausreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen. | |
| 46. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic). | |
| 47. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich habe Sprechstörungen in der Form von Stottern oder Poltern. | |
| 48. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher. | Ag |
| 49. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich kann Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit). | |
| 50. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst. | |

BITTE WENDEN

- 51 Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr. Sx
- 52 Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität Sx
- 53 Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen
- 54 Ich leide unter Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun) Zw
- 55 Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren, als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht) Zw
- 56 Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt.
- 57 Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muss einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken Al aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Penum habe Al
- 58 Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol verbessern.
- 59 Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust, andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide).
- 60 Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muss es einfach nehmen, bin abhängig davon Su
- 61 Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern.
- 62 Ich leide unter Gier nach Essen.
- 63 Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 Kg oder mehr abgenommen habe.
- 64 Ich leide unter Fressanfällen.
- 65 Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei.
- 66 Ich halte streng kalorienarme Diät.
- 67 Ich sehe im Spiegel meinen Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe. Es
- 68 Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme.
- 69 Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen. Es
- 70 Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere). Sm
- 71 Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehme Schmerzmittel Sm
- 72 Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird.
- 73 Ich leide unter Schweißausbrüche (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen.
- 74 Ich leide unter außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung
- 75 Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindliche Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut
- 76 Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbarem Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit.
- 77 Ich habe Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen.
- 78 Ich habe Beschwerden im Magen-Darmbereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, Durchfall, Speisunverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen.
- 79 Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Harndrang
- 80 Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden wie starke Regelblutungen, schmerzhafte bzw. unregelmäßige Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluss)
- 81 Ich leide unter Knochen- oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit So
- 82 Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen. So
- 83 Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden wurde
- 84 Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)
- 85 Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinns, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtszuständen, psychogenen Krampfanfällen, Harnverhaltung) Di
- 86 Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann.
- 87 Es passiert mir, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, die eventuell völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen haben.
- 88 Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden haben, die mir große Angst vor einer schweren Krankheit machen, medizinische Untersuchungen machen lassen, Ärzte nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen.
- 89 Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können.
- 90 Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen.

Name, Vorname:

Datum: