

Übersichtsfragen psychische Erkrankungen - Sprechstunde

1. **PS:** Haben Sie manchmal ganz plötzlich "ohne erkennbaren Grund" oder "wie aus heiterem Himmel" einen Ansturm intensiver Angst, Furcht oder das Gefühl intensiven Unbehagens? Ja Nein
2. **AG:** Gibt es Situationen wie zum Beispiel Kaufhäuser, Schlangestehen, Autofahren, Menschenmengen oder enge, geschlossene Räume, in denen Sie Angst haben oder die Sie vermeiden? Ja Nein
3. **SP:** Fühlen Sie sich in sozialen Situationen (z. B. Verabredung, mit Autoritätspersonen sprechen, Partys usw.) oder Leistungssituationen (z. B. öffentliches Reden, Prüfungen, usw.), in denen Sie beobachtet oder von anderen beurteilt werden könnten, ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt? Ja Nein
4. **SpP:** Gibt es Dinge (z. B. Tiere, Höhen, Stürme, Wasser, Blut, Autofahren, medizinische Behandlungen, usw.) vor denen Sie sich ausgeprägt fürchten und die Sie, wenn immer möglich, versuchen zu vermeiden? Ja Nein
5. **GAS:** Waren Sie in den letzten 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt und ängstlich bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten? Ist es dabei schwierig für Sie, die Sorgen zu kontrollieren, d. h. haben Sie Schwierigkeiten, die Sorgen zu beenden, oder ist es schwierig für Sie, die Sorgen zu kontrollieren, so dass sie sich Ihnen aufdrängen, wenn Sie versuchen, sich auf etwas anderes zu konzentrieren? Ja Nein
6. **ZG:** Werden Sie gegenwärtig durch Gedanken, Vorstellungen oder Bilder gestört, die immer wiederkehren und die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können, obwohl sie unvernünftig oder unsinnig sind? Damit ist nicht einfach gemeint, dass Sie sich Sorgen machen über Dinge, die passieren könnten. Gemeint sind zum Beispiel Dinge wie sich wiederholende Gedanken darüber jemanden zu verletzen oder zu vergiften oder etwas in der Öffentlichkeit auszurufen, was Sie nicht aussprechen wollen (z. B. Obszönitäten) oder schreckliche Vorstellungen wie die, dass Ihre Familie z. B. in einen Autounfall verwickelt ist. Ja Nein
7. **ZH:** Müssen Sie eine Handlung oder Rituale immer wieder wiederholen, die keinen Sinn zu machen scheinen und die Sie nicht ausführen wollen? Zum Beispiel etwas immer wieder zu waschen oder Dinge zu zählen oder etwas wiederholt zu überprüfen, wie Türen, Geräte oder Wege zu wiederholen oder abzusuchen? Ja Nein
8. **PTBS:** Haben Sie jemals ein traumatisches oder lebensbedrohliches Ereignis selbst erlebt? Beispiele für solche Ereignisse sind körperliche Angriffe, schwere Verletzungen, sexueller Missbrauch, Tötungen, Kampfhandlungen, Unfälle, Naturkatastrophen oder menschlich verursachte Katastrophen. Oder waren Sie Zeuge einer solchen Tat? Ja Nein
9. **DE:** Gab es jemals (oder gibt es aktuell) eine Episode von 2 Wochen oder mehr, in der Sie sich depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten? Oder gab es jemals (oder gibt es aktuell) eine Episode, in der Sie das Interesse bzw. die Freude an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren hatten? Ja Nein
10. **Dy:** Haben Sie im Laufe der vergangenen 2 Jahre häufig Tage erlebt, an denen Sie sich die meiste Zeit niedergeschlagen oder depressiv fühlten? Ja Nein
11. **M/Hm:** Haben Sie jemals eine Phase von einigen Tagen oder länger erlebt, in der Sie sich ungewöhnlich gut oder extrem reizbar fühlten? Dies ist sehr verschieden von »in einer guten Stimmung sein« oder den Auswirkungen von stimmungsaufhellenden Medikamenten oder Drogen. Gemeint ist eine Zeitspanne, in der Sie sich beständig außergewöhnlich gut oder erregbar fühlten, vielleicht begleitet von Dingen wie verringertes Schlafbedürfnis, rasenden Gedanken, Ablenkbarkeit oder einer ungewöhnlichen Steigerung in der Anzahl der von Ihnen verrichteten Aktivitäten. Ja Nein
12. **Hy:** Haben Sie in den letzten Jahren über längere Zeiträume hinweg häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt an einer schweren Krankheit (z. B. Krebs, Aids, Herzerkrankungen, ...) zu leiden? Ja Nein

13. **Som:** Haben Sie in Ihrem Leben bereits häufiger körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Unterleibsbeschwerden, Taubheitsgefühle, chronische Müdigkeit oder Appetitlosigkeit gehabt? Ja Nein

14. **AN:** Gab es jemals eine Zeit, in der Sie viel weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder in der Sie stark abgenommen haben? Ja Nein

15. **BN/BED:** Haben Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen, bei denen Sie in kurzer Zeit (z. B. innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden) sehr viel essen, d. h. sehr viel mehr als andere Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden? Ja Nein

16. **S:** Haben Sie Schlafprobleme? Können Sie z. B. nicht ein- oder durchschlafen, ist Ihr Schlaf nicht erholsam, oder sind Sie am Tag oft sehr müde? Ja Nein

17. **Se:** Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie über einen längeren Zeitraum hinweg Probleme oder Schwierigkeiten mit Ihrer Sexualität erlebt haben? Ja Nein

18. **Psy:**

Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht haben, wie zum Beispiel:

1. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben? Ja Nein

2. Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in Ihrer Nähe gewesen ist? Ja Nein

3. Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen, um gegen Sie anzugehen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie das Gefühl hatten, ständig aufpassen zu müssen? Ja Nein

4. Hatten Menschen schon einmal Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der Sie sprachen, keinen Sinn machte? Ja Nein