

Fragebogen 1

Name: _____ Geburtsdatum: _____ (oder) Chiffre: _____



vorne



hinten

Markieren Sie bitte in der Figur, in welcher Region Sie körperliche Beschwerden haben

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 Erstickungsgefühl
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. Häufigen Angst- bzw. Alpträumen
42. Quälenden Gedanken, die ich nicht abstellen kann
43. Quälenden Impulsen, gegen die ich mich nur mühsam zur Wehr setzen kann
44. Zwangshandlungen (z. B. häufiges Händewaschen)
45. Grübelzwang
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 Körperteile 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. Fressanfälle
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 sexuellem Verlangen

Was glauben Sie, was die **Ursache** für Ihre Hauptbeschwerden ist? (Zutreffendes unterstreichen)

73. Verursacht durch **schwerwiegende** Umstände in meiner **Vergangenheit**
74. Ausgelöst durch **aktuelle Lebensveränderungen**

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

Auf welche Bereiche Ihres Lebens wirken sich Ihre Hauptbeschwerden besonders stark aus? (**Zutreffendes unterstreichen**)

- 75. auf mein körperliches Wohlbefinden
- 76. auf mein Sexualleben
- 77. auf meinen Beruf und meine Leistungsfähigkeit
- 78. auf meine sozialen Kontakte (Familie, Partnerschaft, Freunde, Kollegen)
- 79. auf meine Zukunftsplanung und meine Zuversicht in die Zukunft

Haben Sie dauernd oder zeitweise Probleme? (**Zutreffendes unterstreichen**)

- 80. der Haut (z. B. Ausschläge, Juckreiz, Schwitzen, Trockenheit)? _____
- 81. der Verdauungsorgane (z. B. Blähungen, Völlegefühl, Verstopfung)? _____
- 82. der weiblichen Unterleibsorgane (unregelmäßige Periode, Beschwerden vor, während oder nach der Periode, schwache Blase) _____
- 83. der männlichen Harn- Geschlechtsorgane (Störungen beim Wasserlassen) _____
- 84. des Kreislaufs (kalte Hände/Füße, schwarz vor Augen, Herzklopfen, Schwindel) _____
- 85. der Luftwege (häufig Erkältungen, Schnupfen, Hustenreiz) _____
- 86. des Bewegungsapparates (Verspannungen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkungen) _____

Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu? (**Zutreffendes unterstreichen**)

- 87. Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden operiert, aber ohne wirkliche Besserung.
- 88. Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden schon mehrfach mit technischem Aufwand untersucht, ohne dass man mir wirklich dauerhaft helfen konnte.
- 89. Wegen meiner körperlichen Beschwerden habe ich schon viele verschiedene Fachärzte aufgesucht.
- 90. Ich habe eine körperliche Krankheit, die sich durch seelische Einflüsse deutlich verschlechtert.

Ich nehme immer mal wieder oder regelmäßig die folgenden Medikamente ein. (**Zutreffendes unterstreichen**)

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 91. Abführmittel | 96. Cortison oder andere Hormone |
| 92. Appetitzügler | 97. Vitamine oder Naturheilmittel |
| 93. Mitteln gegen Depression | 98. Schlafmittel |
| 94. Schmerzmittel | 99. Beruhigungsmittel |
| 95. Mittel gegen Magensäure | |

100. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Welche? _____

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

102. Welche alkoholischen Getränke trinken Sie? _____ Wie viel? _____

103. Wie groß sind Sie? _____ cm. Wie viel wiegen Sie? _____ kg.

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

- 104. Ich strenge mich sehr an, einen schlanken und straffen Körper zu haben.
- 105. Ich habe schon viele Diäten gemacht.
- 106. Ich beschäftige mich sehr intensiv mit dem Essen.

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

Jahreszahl _____ im Alter von _____ vor _____ Wochen Monaten/Jahren

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

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

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

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

112. Erhielten Sie **Strahlentherapie**, Wann? _____ **Chemotherapie**. Wann? _____

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

Ja. Wann und weshalb? _____

Wodurch wurden die Beschwerden damals ausgelöst? _____

114. Wurden Sie schon einmal wegen einer **Suchterkrankung** behandelt? Nein. Ja.

115. Wurden Sie schon einmal wegen **Depression** behandelt? Nein. Ja.

116. Wurden Sie schon einmal wegen **Ängsten** behandelt? Nein. Ja.

117. Wurden Sie schon einmal wegen **Zwängen** behandelt? Nein. Ja.

118. Wurden Sie schon wegen **traumatischer Erlebnisse** behandelt? Nein. Ja.

119. Wurden Sie schon einmal wegen **psychosomatischer Beschwerden** behandelt? Nein. Ja.

120. Wurden Sie schon einmal wegen **Esstörungen** behandelt? Nein. Ja.

121. Wurden Sie schon einmal wegen **Schlafstörungen** behandelt? Nein. Ja.

122. Sind Sie mit ihrem **Sexualleben** zufrieden? Ja Nein. Wenn nein, warum nicht?

123. Sind Sie mit Ihrem **Beruf** zufrieden? Ja Nein. Wenn nein, warum nicht?

124. Sind Sie mit Ihrer **Partnerschaft** zufrieden? Ja Nein. Wenn nein, warum nicht?

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

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

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

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

129. Wie ist Ihre **Zuversicht**, Ihre persönlichen Ziele zu verwirklichen? groß mittel gering

130. 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 _____

131. Was wollen sie tun, wenn sie **keine Beschwerden mehr** haben? _____
