

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 | 38. Furcht, krank zu werden oder zu sein |
| 2. Wechselnden körperlichen Beschwerden | 39. Sorge, andere könnten erkranken oder sterben |
| 3. Immer wieder denselben körperlichen Beschwerden | 40. Angst vor der Zukunft |
| 4. Andauerndem, quälendem Schmerz | 41. Häufigen Angst- bzw. Alpträumen |
| 5. Müdigkeit nach kleinster Anstrengung | 42. Quälenden Gedanken, die ich nicht abstellen kann |
| 6. Schlafstörungen | 43. Quälenden Impulsen, gegen die ich mich nur mühsam zur Wehr setzen kann |
| 7. schlechtem Appetit | 44. Zwangshandlungen (z. B. häufiges Händewaschen) |
| 8. Schlechtem Selbstwertgefühl | 45. Grübelzwang |
| 9. Schuldgefühlen, sich als Versager fühlen | 46. Gefühl von Betäubtsein |
| 10. Morgens zu früh erwachen | 47. Teilnahmslosigkeit |
| 11. Morgentief | 48. Schreckhaftigkeit |
| 12. Gehemmtheit | 49. Zeitweiligem Verlust der Erinnerung |
| 13. Gewichtsverlust | 50. Zeitweilig nicht zu wissen, wer man eigentlich ist |
| 14. Sich sexuell lustlos fühlen | 51. Zeitweilig die Umgebung nicht (richtig) wahrnehmen können |
| 15. Suizidgedanken | 52. Zeitweilig bestimmte Körperteile nicht mehr bewegen können |
| 16. Angst vor ganz bestimmten Situationen | 53. Krampfanfälle (keine Epilepsie) |
| 17. Erwartungsangst | 54. Empfindungsstörungen |
| 18. Ständiger Ängstlichkeit, ohne sagen zu können, wovor | 55. Sehstörungen |
| 19. Vermeidung ganz bestimmter Situationen | 56. Hörstörungen |
| 20. Furcht, das Haus zu verlassen | 57. Gedrückter Stimmung |
| 21. Furcht, Geschäfte zu betreten | 58. Wenig oder keinem Antrieb |
| 22. Furcht vor Menschenmengen | 59. Mangel an Freude und Interesse |
| 23. Furcht, öffentlich zu reisen | 60. Sich schlecht konzentrieren können |
| 24. Vermeidung sozialer Situationen | 61. Angst, dick zu werden |
| 25. Furcht vor Kritik oder Blamage | 62. Starke Gewichtsschwankungen |
| 26. Erröten oder Händezittern in sozialen Situationen | 63. Fressanfällen |
| 27. Furcht vor ganz bestimmten Tieren | 64. Selbst herbeigeführtem Erbrechen |
| 28. Angstattacken, immer wieder ohne Grund | 65. Aversion gegen Sex |
| 29. Plötzlichem beängstigendem Herzklopfen | 66. Störungen der Erektion |
| 30. Anfällen von Brustschmerz | 67. Orgasmusstörung |
| 31. Anfällen von Erstickengefühl | 68. Problemen beim Samenerguss |
| 32. Schwindelanfällen | 69. Verkrampfung der Vagina beim Verkehr |
| 33. Angst zu sterben | 70. Schmerzen beim Verkehr |
| 34. Furcht, die Kontrolle zu verlieren | 71. Angst vor sexuellem Versagen |
| 35. Angst, wahnsinnig zu werden | 72. Überstarkem sexuellem Verlangen |
| 36. Innerer Unruhe, keine Entspannung finden | |
| 37. Schwitzen oder Zittern | |

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? _____
