

## Checkliste psychischer Veränderungen und Beschwerden

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1 Haben sich Ihr Fühlen, Denken und Erleben in letzter Zeit deutlich verändert oder haben andere Sie auf eine solche Veränderung angesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sind Sie in letzter Zeit sehr niedergeschlagen, deprimiert oder – im Gegenteil – sehr euphorisch und übertrieben heiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fühlen Sie sich in letzter Zeit ganz wertlos und überflüssig oder – im Gegenteil – war Ihr Selbstvertrauen ungewöhnlich groß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Haben Sie in letzter Zeit das Interesse an Ihrer Arbeit, Ihren Freunden und/oder Ihren Hobbies verloren oder – im Gegenteil – finden Sie an fast allem ein zumindest kurzzeitiges starkes Interesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Können Sie sich in letzter Zeit noch aufrichtig über etwas freuen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fühlen Sie sich in letzter Zeit meist energielos und antriebsarm oder – im Gegenteil – ungewöhnlich energiegeladen und unternehmungslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sind Sie in letzter Zeit angespannter, empfindsamer oder reizbarer als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sind Sie in letzter Zeit deutlich weniger oder mehr gesprächig als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Bleiben Sie in letzter Zeit am liebsten nur noch für sich oder – im Gegenteil – können gar nicht genug andere Menschen um sich haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Haben Sie das Gefühl, in letzter Zeit deutlich weniger belastbar zu sein, oder – im Gegenteil – deutlich leistungsfähiger als sonst zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Sind Ihre Leistungen in Schule, Ausbildung oder Beruf noch genauso gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Haben Sie in letzter Zeit deutliche Probleme, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Hat Ihre Aufmerksamkeit in letzter Zeit nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Gehen Ihnen manchmal ganz viele verschiedene Gedanken durch den Kopf, die sich nicht oder nur schwer bändigen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Sind Sie in letzter Zeit insgesamt ängstlicher oder schneller und schon wegen Kleinigkeiten besorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Hat sich Ihr Essverhalten in letzter Zeit deutlich verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Haben Sie in letzter Zeit Schlafstörungen oder benötigen Sie plötzlich deutlich weniger Schlaf als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Haben Sie eigenartige Körper- oder Schmerzempfindungen, wie Sie sie von früher nicht kennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Haben Sie den Eindruck, dass manchmal etwas mit Ihren Augen, Ohren oder Ihrem Geruchs- oder Geschmackssinn nicht stimmt oder – im Gegenteil – das Gefühl, dass Ihre Sinne deutlich geschärft sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Checkliste psychischer Veränderungen und Beschwerden

		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
20	Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Ihre Umgebung nicht wirklich ist, sondern wie etwa im Film extra in Szene gesetzt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Haben Sie in letzter Zeit häufiger das Gefühl, dass Dinge in Ihrer Umgebung wegen Ihnen geschehen oder Ihnen eine spezielle Botschaft vermitteln sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie weniger Alkohol trinken sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Versuchen Sie, Ihr Gewicht durch willentliches Übergeben, Abführmittel o. ä. zu regulieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Nehmen Sie seit mehr als einem Monat regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungstabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Hatten Sie schon einmal völlig unerwartet starke Angst- und/oder Panikgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Haben Sie jemals mit dem Gedanken gespielt, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Vermeiden Sie aus Unsicherheit oder bestimmten Befürchtungen heraus Dinge oder Situationen, die früher kein Problem darstellten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Können Sie sich manchmal nicht erinnern, wie Sie an einen bestimmten Ort gelangt sind oder was Sie über einen längeren Zeitraum getan haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Werden Sie wiederholt von Ihnen unbekanntem Menschen mit einem anderen Namen angesprochen und/oder behaupten diese, Sie zu kennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Verfolgt Sie ein schreckliches Ereignis (schwerer Unfall, Überfall, Misshandlung o.ä.) immer wieder in Ihren Träumen und auch tagsüber in Ihrer Erinnerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Drängen sich Ihnen bestimmte Gedanken oder Handlungen wiederholt auf, obwohl Sie dies nicht möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ändert sich Ihr seelisches Befinden in den verschiedenen Jahreszeiten erheblich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>