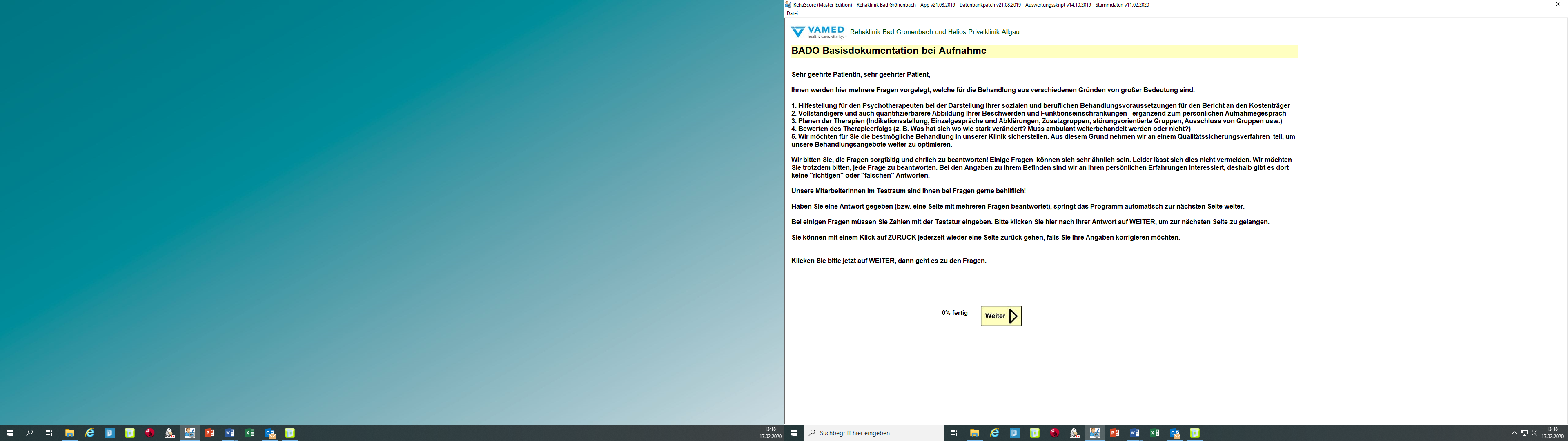
**VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach, 21.09.2023, Therapiebeginn**

**Name: Datum:**

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,



1. Spalte: Variablenname badai…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 604 | 1. Ihr Geschlecht? | **1**  **2** | Weiblich  männlich |
| 605 | 1. Ihr Alter? |  | \_\_\_\_\_\_\_ Jahre |
|  | **Sozio-Demografische Fragen** |  |  |
| 201 | Welche aktuelle Staatsbürgerschaft (Nationalität) haben Sie? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Deutschland  Österreich  Schweiz  Luxemburg  Türkei  Anderes Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte ausschreiben) |
| 202 |  |  | Anderes Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte ausschreiben) |
| 606 | Ist die deutsche Sprache Ihre Muttersprache? | **1**  **2** | Ja  Nein |
| 607 | In welchem Bundesland leben Sie? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8**  **9**  **10**  **11**  **12**  **13**  **14**  **15**  **16** | Baden-Württemberg  Bayern  Berlin  Brandenburg  Bremen  Hamburg  Hessen  Mecklenburg-Vorpommern  Niedersachsen  Nordrhein-Westfalen  Rheinland-Pfalz  Saarland  Sachsen  Sachsen-Anhalt  Schleswig-Holstein  Thüringen |
| 204 | Wie ist Ihre aktuelle Partnersituation? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5** | Kurzfristig kein Partner (bis zu drei Jahre)  Langfristig, dauerhaft kein Partner (über drei Jahre)  Wechselnde Partner (unverbindliche Beziehungen, die  keinen echten sozialen Rückhalt bieten)  Ehe-Partner (bzw. verpartnert bei eingetragener homosexueller Partnerschaft)  Fester Lebensgefährte, Freund (unverheiratet)  Ausprägungen 4+5 werden in Qualitätskliniken.de zu 1; alles übrige zu 2 |
| 203 | Bitte geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an.  Gemeint ist der zeitlich zuletzt eingetretene Familienstand. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Ledig (hierunter fallen alleinstehende Personen ebenso wie  Paare in nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft)  Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft  Getrennt lebend (Verheiratete oder Verpartnerte, die im sozialen Sinne nicht mehr als Paar zusammenleben)  Geschieden  Verwitwet  Wieder verheiratet/ wieder verpartnert |
| 205 | Was beschreibt Ihre sexuelle Orientierung am besten? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8**  **9** | Heterosexuell (sexuell am anderen Geschlecht interessiert)  Vorwiegend heterosexuell  Bisexuell (sexuell sowohl an Männern als auch an Frauen interessiert)  Vorwiegend homosexuell (schwul, lesbisch)  Homosexuell (schwul, lesbisch: sexuell am gleichen Geschlecht interessiert)  Asexuell (Dauerhafte Abwesenheit sexueller Anziehung zu anderen); nicht ankreuzen, wenn Folge einer Erkrankung (z. B. Depression, Krebs)  Ich bin mir nicht sicher  Andere Bezeichnung  Keine Angabe |
| 206 | Welcher Religion, Konfession gehören Sie aktuell (formal) an? | 1  2  3  4  5  6  7 | Katholisch  Evangelisch  Freikirchlich  Muslimisch  Buddhistisch  Andere Religion  Keiner Religion |
| 207 | Was trifft am ehesten auf Sie in Bezug auf Religiosität bzw. Spiritualität zu? | 1  2  3  4  5  6 | Ich bezeichne mich als …  Religiös (bezogen auf eine Religionsgemeinschaft)  Spirituell  Sowohl religiös als auch spirituell  Weder religiös noch spirituell (Atheist o. ä.)  Anderes  Religion oder Spiritualität haben für mich keine Bedeutung, interessieren mich nicht |
| 208 | Wie viele eigene und/ oder adoptierte Kinder haben Sie?  Pflegekinder sollen hier nicht berücksichtigt werden. |  | Anzahl:  \_\_\_ Kind(er) |
| 209 | Was ist Ihr höchster Schulabschluss? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **9** | Gehe noch zur Schule  Kein Schulabschluss (Abbruch der Schullaufbahn)  Sonderschulabschluss  Haupt-/ Volksschulabschluss  Realschulabschluss/ Mittlere Reife/ Polytechnische  Oberschule  Abitur oder Fachabitur  Sonstiger Abschluss (z. B. ausländischer Abschluss, der sich nicht klar einem deutschen Abschluss zuordnen lässt) |
| 210 | Was ist Ihr höchster Berufsabschluss? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **9** | Befinde mich noch in Berufsausbildung, bin Student~~/in~~  Habe Lehre oder Fachschule abgeschlossen  Bin Meister  Abgeschlossene Fachhochschule oder Universität  Ohne Abschluss einer Berufsausbildung  Sonstiger Abschluss (z. B. unklar, ob es sich um einen  Berufsabschluss handelt) |
| ~~211~~ | ~~Sind Sie Lehrer/-in?~~  Ab 15.11.19 rausgenommen | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~** | ~~Nein~~  ~~Ja, Lehrer an einer Schule, Fach-/ Berufsschule oder Universität~~  ~~Ja, anderer Lehrer (Fahrschule, Yoga usw.)~~ |
| 212 | Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?  Netto: Einkommenssumme nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben | **1**  **2**  **3**  **4**  **5** | Weniger als 1300 EUR  1300-2600 EUR  2601-3600 EUR  3601-5000 EUR  Mehr als 5000 EUR |
|  | **Arbeits- und Erwerbstätigkeit** |  |  |
| ~~213~~ | ~~Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation bezogen auf Ihre Erwerbstätigkeit?~~  ~~Entscheiden Sie sich bei mehreren Tätigkeiten für die zeitlich überwiegende.~~  ~~Sind Sie in mehreren Bereichen berufstätig (erste drei Antwortkategorien), dann summieren sie die Arbeitszeiten.~~  ~~Bei Lehrern gelten die Deputatstunden plus die Vorbereitungsstunden!~~  ~~Seltene Ausprägungen gestrichen~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~**  **~~8~~**  **~~9~~**  **~~10~~**  **~~11~~**  **~~12~~** | ~~Berufstätig, Vollzeit (6 Std./Tag und mehr)~~  ~~Berufstätig, Teilzeit (3 bis unter 6 Std./Tag)~~  ~~Berufstätig, gelegentlich (1 bis unter 3 Std./Tag)~~  ~~Mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig~~  ~~(in keinem rechtlich gesicherten Arbeitsverhältnis)~~  ~~Hausfrau oder Hausmann, nicht berufstätig~~  ~~Ausbildung oder Umschulung (z. B. Studium, Lehre)~~  ~~Arbeitslos (Alo-Geld I oder II / Hartz-IV)~~  ~~Anderweitig ohne Erwerbstätigkeit, aber arbeitssuchend~~  ~~Zeitrente~~  ~~Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer bewilligt~~  ~~Andere dauerhafte Berentung (z. B. Pension, Altersrente)~~  ~~Sonstiges~~ |
| 612 | Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?  Geben Sie bitte die Art Ihrer jetzigen Berufs- und Erwerbssituation an. Bitte beachten Sie dabei, bei mehreren Tätigkeiten sollten Sie die zeitlich überwiegende wählen. Bei mehreren Teilzeitbeschäftigungen können Sie diese ggf. zu einer "Vollzeitbeschäftigung" zusammenfassen. Bitte machen Sie nur ein Kreuz. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8**  **9**  **10**  **11** | Berufstätig, Vollzeit (mindestens 6 Std. pro Tag)  Berufstätig, Teilzeit  Ausbildung oder Umschulung  Anderweitig mit beruflicher Beschäftigung  Arbeitslos gemeldet  Hausfrau/-mann, nicht berufstätig  Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer bewilligt  Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit bewilligt  Witwen-/Witwer-Rente  Frührente/Altersrente/Pension  Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung |
| 613 | Waren Sie unmittelbar vor Beginn der Rehabilitation arbeitsunfähig/krankgeschrieben? | **1**  **0** | Ja  Nein |
| 614 | Wurden Sie von der Krankenkasse oder der Agentur für Arbeit aufgefordert, einen Reha-Antrag zu stellen? | **1**  **0** | Ja  Nein |
| 615 | Für Erwerbstätige, Item 612 Ausprägungen 1-5  Bitte zählen Sie alle Tage/Wochen/Monate zusammen, an denen Sie wegen Krankheit in den letzten 12 Monaten nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau! | **1**  **2**  **3**  **4** | Gar nicht arbeitsunfähig  Weniger als 3 Monate arbeitsunfähig  3 bis unter 6 Monate arbeitsunfähig  6 oder mehr Monate arbeitsunfähig | |
| 616 | Für Nicht-Erwerbstätige, Item 612 Ausprägungen 6-11  Bitte zählen Sie alle Tage/Wochen/Monate zusammen, an denen Sie wegen Krankheit Ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau! | **1**  **2**  **3**  **4** | Gar nicht so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte  Weniger als 3 Monate so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte  3 bis unter 6 Monate so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte  6 oder mehr Monate so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte | |
| 617 | Gibt es ein laufendes Rentenverfahren für eine Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente? | **1**  **0** | Ja  Nein -> ggf. nächste Frage beantworten |
| 618 | Wenn nein, tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen? | **1**  **0** | Ja  Nein |
| ~~214~~ | ~~Aus welchen Mitteln finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt im Moment überwiegend?~~  ~~Ausprägungen sinnvoller angeordnet; hinzufügen von Hartz IV~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~**  **~~8~~**  **~~9~~** | ~~Einkommen durch Arbeitstätigkeit~~  ~~Unterstützung durch Eltern~~  ~~Unterhalt durch Ehegatten (auch bei Geschiedenen)~~  ~~Krankengeld~~  ~~Arbeitslosengeld/ -Hilfe (Alo Geld I)~~  ~~Hartz IV (Alo-Geld II)~~  ~~Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente~~  ~~Altersrente~~  ~~Sonstiges (z .B. BAföG)~~ |
| ~~215~~ | ~~Werden Sie noch am Erwerbsleben teilnehmen?~~  ~~Screeningfrage für SIBAR und WAI und MBI, nur bei 1 weiter! Wer 2 ankreuzt, macht bei HEALTH weiter! d.h. nach 20 geht es weiter mit 21! Die Sprungregel bezieht sich erst auf den SIBAR!~~ | **~~1~~**  **~~2~~** | ~~Ja~~  ~~Nein, wegen dauerhafter Berentung oder da ich dauerhaft Hausfrau, Hausmann oder Privatier bin~~  ~~(alle Items zum Beruf werden übersprungen: SIBAR, WAI, MBI, AVEM!!!)~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 101 | Wer hat Ihnen empfohlen, in unserer Klinik eine Behandlung zu beantragen? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8**  **9**  **10**  **11**  **12** | Ärztlicher Psychotherapeut  Anderer Arzt (Medizinstudium)  Psychologischer Psychotherapeut (Psychologe)  Anderer (Psycho)-Therapeut (z. B. Sozialpädagoge, Heilpraktiker)  Angestellte des Kostenträgers (z. B. Krankenkasse)  Mitarbeiter einer anderen Klinik  Beratungsstelle (z. B. psychosoziale, seelsorgerische Beratung, Paar-/Familienberatung)  Ein ehemaliger Patient unserer Klinik  Freunde/Bekanntenkreis/Familie  Selbsthilfegruppe (z. B. AA, NA, OA, EA etc.)  Unbekannt/ Sonstiges  Ich komme in erster Linie auf eigene Initiative, keiner hat mir die Behandlung empfohlen |
| 102 | NUR falls Item 1=11 oder 12!  Durch was sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam gemacht geworden? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Internet-Homepage der Klinik  Flyer, Info-Material der Klinik (neue Rubrik-wichtig!)  Buch, Artikel eines (ehemaligen) Mitarbeiters oder Patienten  Annonce in Zeitung/Zeitschrift  Fernsehsendung  Sonstiges (z. B. spontane Idee) |
| ~~103~~ | ~~Wie groß war Ihre Eigeninitiative für die stationäre Behandlung?~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~** | ~~Keine (ich wurde geschickt und habe mich selber nicht gekümmert)~~  ~~Etwas~~  ~~Mittelmäßig~~  ~~Stark~~  ~~Maximal (ich habe alles, was mir möglich war, getan um eine stationäre Behandlung zu bekommen)~~ |
| ~~104~~ | ~~Welche Rolle spielte die Auswahl der Klinik bei Ihrer Entscheidung?~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~** | ~~Keine (es war mir egal in welche Klinik ich komme)~~  ~~Etwas~~  ~~Mittelmäßig~~  ~~Stark~~  ~~Maximal (ich wollte unter allen Umständen hierher in Behandlung kommen)~~ |
| ~~105~~ | ~~Zu welchem persönlichen Einsatz zur Verbesserung Ihrer Beeinträchtigungen sind Sie bereit?~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~** | ~~Kaum (ich möchte mich eigentlich hauptsächlich erholen)~~  ~~Etwas~~  ~~Mittelmäßig~~  ~~Stark~~  ~~Maximal (ich werde alles tun, damit es mir besser geht, auch wenn ich mich dabei äußerst anstrengen oder überwinden muss)~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Vorbehandlungen** |  |  |
| 301 | Von wie vielen niedergelassenen (ambulanten) Psychotherapeuten oder Psychiatern (Nervenärzten) sind Sie bisher insgesamt behandelt worden? (Jeweils mindestens 5 Sitzungen)  Als Psychotherapie gilt eine Behandlung, die mindestens fünf Sitzungen betrug (Probesitzungen sind beendet worden).  Nicht gemeint sind hier Besuche von Selbsthilfegruppen, Beratungsgespräche oder Selbsterfahrungs-Workshops. |  | ( ) von keinem (Bitte gehen Sie zur Frage 304)  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 302 | Wie viele Psychotherapie-Stunden bei einem niedergelassenen (ambulanten) Psychotherapeuten (Psychologe, Arzt, Sozial-Pädagoge) haben Sie in Ihrem Leben bisher insgesamt gehabt?  Nicht gemeint sind hier Besuche von Selbsthilfegruppen, Beratungsgespräche oder Selbsterfahrungs-Workshops. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Keine (bitte gehen Sie zu 304)  Bis zu 5 Std.  6 - 25 Std.  26 - 160 Std.  161 - 300 Std.  Mehr als 300 Std. |
| 303 | Befanden Sie sich unmittelbar vor der Aufnahme in unsere Klinik in ambulanter Psychotherapie?  d. h. mindestens eine Stunde bei einem Psychotherapeuten (Psychologe, Arzt oder Sozialpädagoge). | **1**  **2** | Ja  Nein |
| 304 | Waren Sie vor dieser Behandlung jemals wegen psychischen Problemen in stationärer Behandlung?  z. B. Psychosomatik, Psychiatrie, Suchtklinik, Tagesklinik | **1**  **2** | Ja  Nein (bitte gehen Sie zur Frage) |
| 305 | Wie viele Aufenthalte in Kliniken für Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen hatten Sie bisher insgesamt bevor Sie zu uns kamen?  Hier ist keine Psychiatrie gemeint! | **0** | ( ) Keine (bitte gehen Sie zu 306)  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 306 | Wie viele Monate betrugen Ihre gesamten Aufenthalte in den eben genannten Kliniken für Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen? |  | Monate: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 307 | Waren Sie schon einmal am Standort Bad Grönenbach zur Psychotherapie? Falls ja, wie häufig? | **1**  **2** | Ja, Anzahl der Aufenthalte: \_\_\_\_\_\_\_\_  Nein (bitte gehen Sie zu 309) |
| 308 | Vor wie vielen Jahren war Ihre letzte stationäre Bad Grönenbacher Psychotherapie? |  | Vor \_\_\_\_\_\_\_ Jahren |
| 309 | Wie viele Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken (Psychiatrie) hatten Sie bisher insgesamt bevor Sie zu uns kamen? | **0** | ( ) Keine (bitte gehen Sie zu 311)  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 310 | Wie viele Monate betrugen Ihre gesamten Aufenthalte in den eben genannten psychiatrischen Kliniken? |  | Monate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 311 | Wie viele Aufenthalte in Tageskliniken (teilstationären Einrichtungen) hatten Sie bisher insgesamt bevor Sie zu uns kamen?  In Tageskliniken kann man im Gegensatz zu einer stationären Therapie nicht übernachten und das Therapieangebot ist umfangreicher als in einer ambulanten Behandlung. | **0** | ( ) Keine (bitte gehen Sie zu 313)  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 312 | Wie viele Monate betrugen Ihre gesamten Aufenthalte in den eben genannten Tageskliniken? |  | Monate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 313 | Hatten Sie im Verlauf des letzten halben Jahres Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?  (Gruppe ohne einen „professionellen Helfer“ wie z. B. Psychologe, Arzt oder Sozialarbeiter) | **1**  **2** | Ja  Nein (bitte gehen Sie zu 401) |
| 314 | Wie häufig war Ihr Kontakt zur Selbsthilfegruppe im Durchschnitt im letzten halben Jahr? | **1**  **2**  **3**  **4** | Seltener als 1x pro Monat  1x pro Monat  2-3x pro Monat  4x pro Monat oder häufiger |
|  | **Belastungsart und -ausmaß** |  |  |
| 401 | Wie viel wiegen Sie aktuell?  (Sie wurden am Aufnahmetag in der Pflege gewogen) |  | \_\_\_\_\_\_\_ kg |
| 402 | Wie groß sind Sie? |  | \_\_\_\_\_\_\_ cm |
|  | BMI Berechnung!: kg/m² (z.B. 65/1.60²)  Vorschlag für Darstellung:  Aktuelles Gewicht in kg; BMI mit 1 Kommastelle; Gewichtskategorie nach BMI in Klammern  z. B. Aktuelles Gewicht 73kg; BMI 27,7 (Übergewicht)  badask01 = BMI  badakt01 = BMI Kategorie  badasc01 = BMI Screening (20,0-29,9 unauffällig, für späteren Essstörungsfragebogen!) |  | Exakter BMI (in Klammer dahinter die Gewichtsklassifikation):  Gewichtskategorien bei Entlassung:  Starkes Untergewicht <16,0;  Mäßiges Untergewicht 16,0 – 16,999  Leichtes Untergewicht 17,0 - 18,4999  Normalgewicht 18,5 – 24,999  Übergewicht 25,0 – 29,999;  Adipositas Stufe I 30,0 – 34,999;  Adipositas Stufe II 35,0-39,999;  Adipositas Stufe III (>=40,0) eine Nachkommastelle OK |
| 403 | Wie sehr fühlen Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Ihre körperlichen Symptome und die damit verbundenen Einschränkungen insgesamt in Ihrer Lebensqualität beeinträchtigt? | **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8** | Überhaupt nicht beeinträchtigt  Grenzwertig beeinträchtigt  Nur leicht beeinträchtigt  Mäßig beeinträchtigt  Deutlich beeinträchtigt  Stark beeinträchtigt  Extrem schwer beeinträchtigt |
| 404 | Wie sehr fühlen Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Ihre psychischen Symptome und die damit verbundenen Einschränkungen insgesamt in Ihrer Lebensqualität beeinträchtigt? | **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8** | Überhaupt nicht beeinträchtigt  Grenzwertig beeinträchtigt  Nur leicht beeinträchtigt  Mäßig beeinträchtigt  Deutlich beeinträchtigt  Stark beeinträchtigt  Extrem schwer beeinträchtigt |
| 405 | Vor wie vielen Jahren (bzw. Monaten) sind die heutigen Beschwerden, wegen denen Sie hauptsächlich in unsere Klinik gekommen sind, zum ersten Mal deutlich aufgetreten? |  | In Jahren: \_\_\_\_\_\_\_\_ (Monate bitte mit „,5“ kennzeichnen, z.B. „0,5“) |
| 501 | Wie viele Suizidversuche haben sie bisher in Ihrem Leben unternommen? |  | ( ) Keiner (bitte gehen Sie zu 503 )  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 502 | Bei wie vielen Suizidversuchen waren Sie ernsthaft in Lebensgefahr? |  | ( ) Keiner  Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 503 | Fand einer der Suizidversuche in den letzten sechs Monaten statt oder steht Ihre Aufnahme mit einem Suizidversuch in Zusammenhang? | **1**  **2** | Ja  Nein |
| 504 | Gab es Suizide von Menschen, die Ihnen sehr nahe standen? (z. B. Elternteil, Kind, fester Partner) | **1**  **2** | Ja  Nein (bitte gehen Sie zu Sibar) |
| 505  -  511 | Falls ja: Welche Ihnen sehr nahestehende Personen haben sich suizidiert?  Mehrfachantworten  bada44a ... bada44g | **a**  **b**  **c**  **d**  **e**  **f**  **g** | Mutter, Stiefmutter  Vater, Stiefvater  Feste/r Partner/-in  Eigenes Kind  Sehr gute/r Freund/-in  Großmutter, Großvater  Andere Personen |

**Achtung: Nur für Berufstätige/arbeitslos Gemeldete (Ausprägungen 11-15 der Frage "aktuelle berufliche Situation"): SIBAR, WAI, Burnout MBI, AVEM Skalen (NUR HP-Privatpatienten, NICHT die Reha-Patienten!!), Mobbing-Fragebogen;**

**Alle Nicht Berufstätigen (Ausprägungen 16-21 der Frage "aktuelle berufliche Situation") machen bei VR-12 und HEALTH-49 weiter!!**

**Gestrichen, weil missverständlich:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~220~~ | ~~Werden Sie noch am Erwerbsleben teilnehmen?~~  ~~Screeningfrage für SIBAR und WAI und MBI, nur bei 1 weiter! Wer 2 ankreuzt, macht bei HEALTH weiter! d.h. nach 20 geht es weiter mit 21! Die Sprungregel bezieht sich erst auf den SIBAR!~~ | **~~1~~**  **~~2~~** | ~~Ja~~  ~~Nein, wegen dauerhafter Berentung oder da ich dauerhaft Hausfrau, Hausmann oder Privatier bin~~  ~~(alle Items zum Beruf werden übersprungen: SIBAR, WAI, MBI, AVEM!!!)~~ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SIBAR** sibar01-12= Rohwerte; sibai01-12 = algorithmische Items |  |  |
| 1 | Vor wie vielen Wochen waren Sie zuletzt hinreichend arbeitsfähig? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5** | unmittelbar vor Aufnahme  vor 1-5 Wochen  vor 6-25 Wochen (unter einem halben Jahr  vor 26-52 Wochen (bis ein Jahr)  vor mehr als 1 Jahr  SIBAR 4.: 0-5 Wochen=0; 6-25 Wochen=1; >25 = 2 |
| 2 | Wie viele Wochen sind Sie in den letzten zwölf Monaten insgesamt arbeitsunfähig krank (bzw. krankgeschrieben) gewesen?  Bitte addieren Sie mehrere Arbeitsunfähigkeitszeiten gegebenenfalls. | **0-52** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wochen  (sämtliche Ursachen, also körperliche und psychische Erkrankungen, auch solche, die nichts mit dem aufsuchen der Klinik zu tun haben)  SIBAR 5a.: 0-5 Wochen=0; 6-25 Wochen=1; 26-52 = 2  habe ich so belassen |
| 3 | Wie viele Wochen waren Sie in den letzten zwölf Monaten arbeitslos? | **0-52** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wochen  SIBAR 5b.: 0-5 Wochen=0; 6-25 Wochen=1; 26-52 = 2 |
| 4 | Angesichts ihres Gesundheitszustandes: Wie beurteilen Sie selbst Ihre jetzige berufliche Leistungsfähigkeit? | **0**  **1**  **2** | Voll leistungsfähig  Eingeschränkt leistungsfähig  Gar nicht leistungsfähig  SIBAR 6 |
| 5 | Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand in Ihrer Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet? | **0,5**  **0** | Ja  Nein  SIBAR 7 |
| 6 | Können Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Beschwerden zukünftig noch weiter ausüben? | **0**  **1**  **1**  **1**  **2** | Ja, bestimmt  Vielleicht ja  Bin unsicher  Vermutlich nicht  Nein, sicher nicht  SIBAR 8 |
| 7 | Wann glauben Sie angesichts Ihres Gesundheitszustandes wieder arbeiten zu können oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen? Innerhalb von ... | **0**  **1**  **1**  **1**  **1**  **1**  **4** | Sofort  Einem Monat  Drei Monaten  Sechs Monaten  Neun Monaten  Einem Jahr oder später  Überhaupt nicht mehr  SIBAR 9 |
| 8 | Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können? | **0**  **0,5** | Ja  Nein  SIBAR 10 |
| 9  10 | Überlegen Sie, einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? | **4**  **0**  **4** | Ja  Nein  Ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt und zwar am  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Freitext)  SIBAR 11 |
| 11 | Insgesamt ist meine berufliche Situation für mich … | **5**  **4**  **3**  **2**  **1** | Stark belastend  Etwas belastend  Teils/teils  Eher erfüllend  Sehr erfüllend  SIBAR 12 |
| 12 | Wären während des stationären Aufenthalts Therapieangebote zum Thema Beruf für Sie persönlich hilfreich … | **1**  **2**  **3** | Sehr hilfreich  Etwas hilfreich  Nicht hilfreich  SIBAR 13 |
|  | SIBAR Algorithmen:  SR: sibarw01  sibark01=Kategorie 1-4  sibarc01  Frühberentungsrisiko (sozialmedizinisches Risiko) mit vier Ausprägungen!  =neue Variable! | **1**  **2**  **3**  **4** | Summe von SIBAR 4 – SIBAR 11:  >7 SR = sozialmedizinisches Risiko (für Frühberentung)  „kein Bedarf an berufsbezogenen Angeboten“:  SR unauffällig und SIBAR 12<5 und SIBAR 13>1  „Bedarf an berufsbezogenen Angeboten“:  SR auffällig und SIBAR 12=5 und SIBAR 13=1  „Diagnostik und Motivation“:  Nur SR auffällig und SIBAR 12<5 und SIBAR 13>1  „Prophylaxe“:  SR unauffällig und SIBAR 12=5 und SIBAR 13=1 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | WAI (Work Ability Index) waii00… |  |  |
| 0 | 1. Sind Sie bei der Arbeit … | **1**  **2**  **3** | Vorwiegend geistig tätig?  Vorwiegend körperlich tätig?  Etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig? |
| 1 | 1.Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit  Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit völlig arbeitsunfähig sind) |  | 0 1 3 4 5 6 7 8 9 10  keine beste  Arbeitsfähigkeit |
| 2a | 2.Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen  a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein? | **5**  **4**  **3**  **2**  **1** | Sehr gut  Eher gut  Mittelmäßig  Eher schlecht  Sehr schlecht |
| 2b | 2.Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen  b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein? | **5**  **4**  **3**  **2**  **1** | Sehr gut  Eher gut  Mittelmäßig  Eher schlecht  Sehr schlecht |
| 3 | 3. Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre aktuellen Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat. |  |  |
| 3.1 | 3.1 Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.2 | 3.2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.3 | 3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.4 | 3.4 Atemwegserkrankungen (z. B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.5 | 3.5 Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.6 | 3.6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z. B. Tinnitus, Hörschaden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.7 | 3.7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.8 | 3.8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z. B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.9. | 3.9 Hauterkrankungen (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.10. | 3.10 Tumore/Krebs | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.11. | 3.11 Hormon-/Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.12. | 3.12 Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie) | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.13. | 3.13 Angeborene Leiden/Erkrankungen | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.14 | 3.14 Andere Leiden oder Krankheiten:  Falls 0=liegt nicht vor folgendes überspringen: | **2**  **1**  **0** | Eigene Diagnose  Diagnose vom Arzt  Liegt nicht vor |
| 3.15 | Bitte eintragen welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 4. | 4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten  Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?  Falls mehrere Antworten zutreffen, geben Sie im Zweifel die weiter unten stehende Antwort an! | **6**  **5**  **4**  **3**  **2**  **1** | Keine Beeinträchtigung/ Ich habe keine Erkrankung  Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden  Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern  Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern  Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten  Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig |
| 5. | 5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)  Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) in den letzten 12 Monaten der Arbeit fern? | **5**  **4**  **3**  **2**  **1** | Überhaupt keinen  Höchstens 9 Tage  10-24 Tage  25-99 Tage  100-365 Tage  Aus SIBAR 5a übernommen mit folgender Transformation: 5=0 Wochen; 4=1 Woche; 3=2-3 Wochen; 4=4-14 Wochen; 5=15-52 Wochen |
| 6. | 6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können? | **1**  **4**  **7** | Unwahrscheinlich  Nicht sicher  Ziemlich sicher |
| 7a. | 7. Psychische Leistungsreserven   1. Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt? | **4**  **3**  **2**  **1**  **0** | Häufig  Eher häufig  Manchmal  Eher selten  niemals |
| 7b. | 7. Psychische Leistungsreserven   1. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege? | **4**  **3**  **2**  **1**  **0** | Immer  Eher häufig  Manchmal  Eher selten  niemals |
| 7c. | 7. Psychische Leistungsreserven   1. Waren Sie in der letzen Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft? | **4**  **3**  **2**  **1**  **0** | Ständig  Eher häufig  Manchmal  Eher selten  Niemals |
|  | WAI-Auswertung: Summenwert (Range 7-49) waiarw01  Item 1 (0-10), 4 (1-6), 5 (1-5), 6 (1,4,7),  Item 2: Falls Item 0=1, dann 2a x Gewicht 0,5 plus 2b x 1,5  Falls Item 0=2, dann 2a x Gewicht 1,5 plus 2b x 0,5  Falls Item 0=3, dann 2a plus 2b  Item 3: Nur die Anzahl der vom Arzt diagnostizierten Krankheiten!: Gruppierung:  0 Krankh.= 7 Punkte, 1=5 P., 2 oder 3=3 P., >=4= 1 P.  Item 7: Summe aus 7a, 7b und 7c (Range 0-12):  Summe 0-3-=1 P., 4-6=2 P., 7-9=3 P., 10-12=4 P. |  | waiai200: Arbeitsfähigkeit bezüglich der körperlichen und psychischen Anforderungen (gewichtet), Wertebereich 2-10  waiai300: Anzahl der vom ARZT diagnostizierten Krankheiten Kategorie (1=4 oder mehr, 3=2-3 Krankheiten, 5=1 Krankheit, 7=keine  WAI-Summenwert: Halbe Punkte am Ende aufrunden (z. B. 28,5 auf 29) |
|  | Arbeitsfähigkeit (WAI-Kategorie) | **1**  **2**  **3**  **4** | Schlecht (Summenwert 7-27)  Mäßig (Summenwert 28-36)  Gut (Summenwert 37-43)  Exzellent (Summenwert 44-49) |
|  | WAI-Auswertung: Veränderungswert: WAI-KÄ (nur Items 1, 2, ,6 ,7!) Range 4-31)  Item 1 (0-10),  Item 2:  Falls Item 0=1, dann 2a x Gewicht 0,5 plus 2b x 1,5  Falls Item 0=2, dann 2a x Gewicht 1,5 plus 2b x 0,5  Falls Item 0=3, dann 2a plus 2b  Item 6 (1,4,7),  Item 7: Summe aus 7a, 7b und 7c (Range 0-12):  Summe 0-3-=1 P., 4-6=2 P., 7-9=3 P., 10-12=4 P. |  | WAI-Veränderungswert: WAI-KÄ waiarw02  Halbe Punkte am Ende aufrunden (z. B. 28,5 auf 29)  Item Min. Wert Max.Wert  1 0 10  2a 1 5  2b 1 5  6 1 7  7a-c 1 4  Sum 4 31 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mbi  00 | Erleben Sie sich erschöpft, ausgebrannt (Burn-out) vor allem wegen Ihrer Erwerbstätigkeit? (=Burnout Screen!)  Bei Antworten 1 und 2: Weiter bei TMKS (Mobbing) | 1  2  3 | Nein, ich erlebe mich nicht deutlich erschöpft oder ausgebrannt ->TMKS  Nein, ich bin zwar erschöpft bzw. ausgebrannt, aber nicht vorrangig wegen meiner Erwerbstätigkeit ->TMKS  Ja, ich bin vorrangig wegen meiner Erwerbstätigkeit deutlich erschöpft bzw. ausgebrannt |
|  | MBI- Übersetzung Enzmann & Kleiber, 1989; 4-Stufen Version v. Schwarzer 2002; Polung: Skala Emotionale Erschöpfung (Items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) UND Depersonalisierung (Items 5, 10, 11, 15, 22): stimmt nicht=1 bis stimmt genau=4; Skala Leistungsbereitschaft (Items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) alle umgepolt! |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nur falls Burnout Screen=3! | Stimmt nicht | Stimmt kaum | Stimmt eher | Stimmt genau |
| 1. | Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 2. | Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 3. | Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 4. | Es gelingt mir gut, mich in meine Klienten hineinzuversetzen. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 5. | Ich glaube, ich behandle einige Klienten, als ob sie unpersönliche "Objekte" wären. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 6. | Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 7. | Den Umgang mit Problemen meiner Klienten habe ich sehr gut im Griff. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 8. | Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 9. | Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 10. | Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 11. | Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 12. | Ich fühle mich voller Tatkraft. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 13. | Meine Arbeit frustriert mich. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 14. | Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 15. | Bei manchen Klienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus bzw. mit ihnen wird. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 16. | Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 17. | Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Klienten herzustellen. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 18. | Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Klienten gearbeitet habe. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 19. | Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 20. | Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 21. | In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |
| 22. | Ich spüre, dass die Klienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen. | ❒ | ❒ | ❒ | ❒ |

**NUR für HP Privatpatienten noch einzelne AVEM Skalen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr. | AVEM-Items avei01 | Skala/ Polung |
| 1 | Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt. | 1 |
| 2 | Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben. | 2 |
| 3 | Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung. | 3 |
| 4 | Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein. | 4 |
| 5 | Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen. | 5 |
| 6 | Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde. | 7 |
| 7 | Die Arbeit ist mein ein und alles. | 1 |
| 8 | Berufliche Karriere bedeutet mir wenig. | 2- |
| 9 | Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung. | 3 |
| 10 | Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefere. | 4 |
| 11 | Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme. | 5- |
| 12 | Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: "Jetzt erst recht"! | 7 |
| 13 | Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein. | 1- |
| 14 | Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig. | 2 |
| 15 | Ich arbeite wohl mehr als ich sollte. | 3 |
| 16 | Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen. | 4 |
| 17 | Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten. | 5 |
| 18 | Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung. | 7 |
| 19 | Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen. | 1 |
| 20 | Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen. | 2 |
| 21 | Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten. | 3 |
| 22 | Was immer ich tue, es muss perfekt sein. | 4 |
| 23 | Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keine Gedanken mehr an die Arbeit. | 5 |
| 24 | Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann. | 7 |
| 25 | Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte. | 1 |
| 26 | Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen. | 2 |
| 27 | Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt. | 3 |
| 28 | Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin. | 4 |
| 29 | Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag. | 5- |
| 30 | Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken. | 7 |
| 31 | Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit. | 1- |
| 32 | Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel. | 2 |
| 33 | In der Arbeit verausgabe ich mich stark. | 3 |
| 34 | Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte. | 4 |
| 35 | Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit. | 5- |
| 36 | Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich um so mehr an. | 7 |

Skalen avearw01-avearw05, avearw07: 1 Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, 2 Beruflicher Ehrgeiz, 3 Verausgabungsbereitschaft, 4 Perfektionsstreben, 5 Distanzierungsfähigkeit, 7 Offensive Problembewältigung

**Hier weiter auch für alle, die Burnout übersprungen haben: Mobbing Screen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 000 | Leiden Sie derzeit an Ihrem Arbeitsplatz unter dauerhaftem oder häufigen Mobbing oder wurden Sie an Ihrer letzte Arbeitsstelle gemobbt?  Item tmki000 | **1**  **2** | Ja  Nein (weiter zu HEALTH) |
|  | Bei meiner Arbeit … |  |  |
| 1 | 1. … werden mir sinnlose Aufgaben zugewiesen. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 2 | 2. … erhalte ich Arbeitsaufgaben, die weit unter meinem Können liegen. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 3 | 3. … spricht man nicht mehr mit mir. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 4 | 4. … will man von mir nicht mehr angesprochen werden. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 5 | 5. … macht man sich über mein Privatleben lustig. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 6 | 6. … wird mein Privatleben ständig kritisiert. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 7 | 7. … werde ich vor anderen angeschrien. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 8 | 8. … wird mir gedroht. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 9 | 9. … werden Gerüchte über mich verbreitet. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 10 | 10. … wird hinter meinem Rücken schlecht über mich geredet. | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6** | Stimmt gar nicht  Stimmt überwiegend nicht  Stimmt eher nicht  Stimmt eher  Stimmt überwiegend  Stimmt genau |
| 11 | 11. Wie häufig erfahren Sie solche belästigenden Verhaltensweisen zur Zeit? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5** | Täglich  Wöchentlich  Monatlich (ein bis dreimal pro Monat)  Seltener  Niemals |
| 12 | 12. Seit wie vielen Monaten erfahren Sie regelmäßig solche belästigenden Verhaltensweisen? | **1**  **2**  **3**  **4**  **5** | Länger als ein Jahr  Sechs Monate bis ein Jahr  Ein bis fünf Monate  Weniger als ein Monat  Überhaupt nie |
|  | Variable „Mobbing-Schweregrad“: Summe von TMKS Items 1-10 (ohne Häufigkeit und Dauer)  Range 10-60 |  | M- 1SD (<17,1)= „kaum Mobbing“; im Normbereich der Gemobbten (17,1-38,3): „Mobbing“; und ab 38,4 „starkes Mobbing“ |
|  | Variable „Mobbing“ (Kategorie):  „erfüllt“, wenn mindestens ein Item von 1-10 >3 UND Item 11 < 3 UND Item 12 < 3 (Kobelt et al., 2010; S. 279, PPmP); sonst „nein“  „nein“ bitte auch bei allen Pat. angeben, die die Screeningfrage verneint haben! |  |  |

VR 12 neu dazu in der Reha, aber NICHT in der Helios Privatklinik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | Ausge-zeichnet | Sehr gut | Gut | Weniger gut | schlecht |
|  | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? Es kann vorkommen, dass Sie aufgrund körperlicher Einschränkungen derzeit eine bestimmte Tätigkeit gar nicht ausüben können oder dürfen - in dem Fall kreuzen Sie bitte "ja, stark eingeschränkt" an.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
| 2.mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln | ❒1 | ❒2 | ❒3 |
| 3.mehrere Treppenabsätze steigen | ❒1 | ❒3 | ❒3 |

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nie | Selten | Manchmal | Meistens | immer |
| 4. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte. | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |
| 5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen. | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nie | Selten | Manchmal | Meistens | immer |
| 6. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte. | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |
| 7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen. | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.Inwieweit haben Schmerzen in der vergangenen Woche Ihre normale Arbeit (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | sehr |
|  | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in der vergangenen Woche gefühlt haben und wie es Ihnen ergan-gen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche | Immer | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | nie |
| 9. ruhig und gelassen? | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 | ❒6 |
| 10. voller Energie? | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 | ❒6 |
| 11. entmutigt und traurig? | ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 | ❒6 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (z.B. Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | Immer | Meistens | Manchmal | Selten | Nie |
| ❒1 | ❒2 | ❒3 | ❒4 | ❒5 |

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieser Fragen geholfen?

❒1 ja ❒0 nein

Auswertung ist nicht transparent, wird noch vermittelt (Stand 9.4.2020)

**HEALTH-49 (Rabung et al., 2007) Wohlbefinden heai201-205; Selbstwirksamkeit 401-405; Partizipation und Teilhabe 501-506; heai601-608: 601,03,05,07: soziale Belastung; 602,04,06,08: Soziale Unterstützung;** heaarw02 Wohlbefinden; heaarw04 Selbstwirksamkeit; heaarw05 Partizipation und Teilhabe; heaarw06 Soziale Unterstützung; heaarw07 soziale Belastung) - wichtig: Alle Skalenmittel-werte werden ALLE so gepolt, dass hoch=ungünstig und gering=günstig/erstrebenswert ist. Umge-polt (4 = sehr unzufrieden) werden konkret: HEALTH Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit und Soziale Unterstützung! HEALTH Partizipation und Soziale Belastung bleiben in der ursprünglichen Polung!

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich** **fühlt**.  Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben! | | | | | |
|  |  | nie | selten | gelegentlich | oft | immer |
| 1 | Ich fühle mich gelöst | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 2 | Ich fühle mich wohl | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 3 | Ich bin entspannt | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 4 | Ich fühle mich ausgeruht | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 5 | Ich kann genießen | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E** | Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!** | | | | | |
|  | Wie oft hatten Sie irgendwelche **Schwierigkeiten bei** der **Arbeit** oder anderen **alltäglichen Tätigkeiten** und **Aufgaben**? | nie | selten | gelegent-lich | oft | immer |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 2 | Ich konnte **nicht so sorgfältig** wie üblich arbeiten | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | | nicht | wenig | mittel | ziemlich | sehr |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Wie sehr waren Ihre normalen **Kontakte** zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis **beeinträchtigt**? | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 4 | Wie stark waren Sie darin **beeinträchtigt**, sich **selbst zu versorgen** (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)? | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | Wie oft waren Sie in Ihrer **Freizeit beeinträchtigt**? | nie | selten | gelegent-lich | oft | immer |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ich konnte **nicht so lange** wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 6 | Ich konnte **nicht** meinengewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | | Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie** **sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen**, **Ihre Aufgaben zu erledigen,  mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die** **Ihnen wichtig sind**.  Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**. | | | | | |
| **Trotz meiner Beschwerden   bin ich in der Lage ...** | | | |  |  |  |  |
|  | | | stimmt nicht | stimmt wenig | stimmt mittelmäßig | stimmt ziemlich | stimmt  sehr |
| 1 | mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 2 | meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 3 | schwierige Probleme zu lösen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 4 | meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 5 | mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F** | | Manchmal ist das **Verhalten der anderen** sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.  **Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...** | | | | | |
|  |  | | nie | selten | gelegent-lich | oft | immer |
| 1 | Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 2 | für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 3 | sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 4 | wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 5 | mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 6 | Sie aufmuntert oder tröstet | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 7 | sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |
| 8 | einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert,  um etwas für Sie zu erledigen | | 🞎0 | 🞎1 | 🞎2 | 🞎3 | 🞎4 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PHQ-9 phqa014-022; phqarw02=PHQ-9 prä summe!  phqarw02 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Wie oft fühlten sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?** | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | ○ | ○ | ○ | ○ |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | ○ | ○ | ○ | ○ |
| c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | ○ | ○ | ○ | ○ |
| d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | ○ | ○ | ○ | ○ |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | ○ | ○ | ○ | ○ |
| h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil "zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | ○ | ○ | ○ | ○ |

Skala „Depressionsschweregrad“: phqark02; 0-4 keine D., 5-9 leichte D., 10-14, mittlere D., 15-19 ausgeprägte D., 20-27 schwerste D.

Variable „Art der Depression“: Ausprägungen:

Major D.: Mindestens 5 Items (darunter 1 ODER 2) der Items 1-8 mind. Auspräg. 2 bzw. Item 9 mind. 1;

Minor D.: Mindestens 2 bis max.4 Items (darunter 1 ODER 2) der Items 1-8 mind. Auspräg. 2 bzw. Item 9 mind. 1; Keine D.

phqai106: Art der Depression (aus PHQ-Items 14-22) mit 1-keine, 2-minor, 3-major

**rausgenommen am 15.11.19, um Patienten zu entlasten:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~101~~  ~~J~~ | ~~Fühlen Sie sich aktuell durch die eben aufgeführten depressiven Symptome belastet?~~  ~~(z. B. Erschöpfung, Interesseverlust, Niedergeschlagenheit, Selbstwertminderung, Unruhe, Konzentrationsprobleme usw.)~~ | | ~~1~~  ~~2~~ | ~~Ja~~  ~~Nein (weiter zu PHQ-15)~~ | | | | | |
| ~~102~~  ~~K~~ | ~~Wann hatten Sie zuletzt für mindestens zwei Monate am Stück keine depressiven Symptome?~~  ~~(Erschöpfung, Interesseverlust, Niedergeschlagenheit, Selbstwertminderung, Unruhe, Konzentrationsprobleme usw.)~~  ~~Hier können Sie auch Kommastellen angeben, z. B. 1,5~~  ~~Falls Sie die letzten zwei Monate vollständig depressionsfrei waren, geben Sie bitte einfach 0 an.~~ | |  | ~~vor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monaten bzw. Jahren~~ | | | | | |
| ~~103~~  ~~L~~ | ~~Wann befanden Sie sich erstmals im Leben in einer behandlungsbedürftigen depressiven Phase von mindestens zwei Wochen?~~  ~~Gemeint sind typische behandlungsbedürftige Symptome wie eben abgefragt, z. B. Erschöpfung, Interesseverlust, Niedergeschlagenheit, Selbstwertminderung, Unruhe, Konzentrationsprobleme usw.~~ | |  | ~~Erste 2-wöchige Depression im Alter von \_\_\_\_\_\_ Jahren~~ | | | | | |
| ~~104~~  ~~M~~ | ~~Wie viele depressive Episoden (Phasen) hatten Sie in Ihrem Leben bisher?~~  ~~Wichtig: Eine Episode ist beendet, wenn man mindestens zwei Monate keinerlei depressive Symptome mehr hat!~~  ~~(Erschöpfung, Interesseverlust, Niedergeschlagenheit, Selbstwertminderung, Unruhe, Konzentrationsprobleme usw.)~~ | |  | ~~\_\_\_\_\_\_\_ depressive Episoden~~ | | | | | |
| ~~105~~  ~~n~~ | ~~Gab es jemals in Ihrem Leben eine mindestens 4-tägige Phase, bei der Sie am Stück - für Ihre Verhältnisse - eine übermäßig gehobene oder gereizte Stimmung hatten, mit erhöhtem Rededrang, wenig Schlaf, körperlicher Aktivität und finanziell risikoreichem Verhalten?~~ | | ~~1~~  ~~2~~ | ~~Ja~~  ~~Nein~~ | | | | | |
| PHQ-15=phqarw01=Summenskala Somatisierung; 15 Einzelitems: phqa001-013 + phqai016=Schlafstörungen=c transformiert von 4-stufig 0-3 zu dreistufig; phqai017 =Müdigkeit=d transformiert von 4-stufig 0-3 zu dreistufig; (aus PHQ-9): Summenwert: phqarw01 | | | | | |  | |  |
| **Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen**  **durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?** | | Nicht  beeinträchtigt | | | Wenig beeinträchtigt | | Stark  beeinträchtigt | |
| a. Bauchschmerzen | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| b. Rückenschmerzen | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.) | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| 1. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation   Falls Sie ein Mann sind, gilt „nicht beeinträchtigt“ | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| f. Kopfschmerzen | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| g. Schmerzen im Brustbereich | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| h. Schwindel | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| i. Ohnmachtsanfälle | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| j. Herzklopfen oder Herzrasen | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| k. Kurzatmigkeit | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall | | ○ | | | ○ | | ○ | |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | | ○ | | | ○ | | ○ | |

Skala „Körperbeschwerden (PHQ-15)“ bilden als Summenwert der 15 Items (mit Items Items c und d des PHQ-9):

Kategorie: phqark01:

0-4 keine Kö.beschwerden, 5-9 leichte Körperbeschwerden, 10-14 mittlere Körperbeschwerden, 15-30 starke Körperbeschwerden

Skala „Somatoformes Syndrom“: Mindestens 3 Items der 15 sind mit 2=stark beeinträchtigt beantwortet= “ja“; sonst „nein“

phqai107: Somatoformes Syndrom (min. 3 von 15 Items "starke Beeinträchtigung") mit 0-nein, 1-ja

GAD-7 phqa54-60; GAD-7 Summenwert: phqarw06

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
| a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d. Schwierigkeiten zu entspannen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | 0 | 1 | 2 | 3 |
| g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | 0 | 1 | 2 | 3 |

Summenwert: phqarw06: „Ängstlichkeit“ mit folgenden Ausprägungen:

0-4 minimale Ängstlichkeit, 5-9 geringe Ängstlichkeit, 10-14 mittelgradige Ängstlichkeit, 15-21 schwere Ängstlichkeit

spiai101 spiai102 spiai103

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Mini-SPIN** |  |  |
| 101 | Aus Angst vor Verlegenheit vermeide ich es, bestimmte Dinge zu tun oder Personen anzusprechen | **0**  **1**  **2**  **3**  **4** | Überhaupt nicht  Wenig  Ziemlich  Sehr stark  extrem |
| 102 | Ich vermeide Aktivitäten durch die ich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe. | **0**  **1**  **2**  **3**  **4** | Überhaupt nicht  Wenig  Ziemlich  Sehr stark  extrem |
| 103 | Sich zu schämen oder dumm zu wirken, gehört zu meinen schlimmsten Ängsten. | **0**  **1**  **2**  **3**  **4** | Überhaupt nicht  Wenig  Ziemlich  Sehr stark  extrem |
|  | Summe über Items minispi1-minispi3: Variable „Soziale Phobie":  0-5 unwahrscheinlich, 6-7 vielleicht, 8-12 wahrscheinlich | **0-12** |  |
| Rausgenommen am 15.11.19 zur Entlastung der Patienten: ~~Sprungregel: NUR falls Mini-SPIN Summe > 7, dann noch folgende 4 + 7 Items; falls Summe 0-7, dann überspringen bis zu IIP-K! Postmessung NUR für Mini-SPIN>7~~ | | | |
| ~~201~~ | ~~spiai201 spiai202 spiai203 spiai204 spiai301 spiai302 spiai303 spiai304 spiai305 spiai306 spiai307 spiarw01 spiark01 spiarc01 spiarw02 spiark02 spiarc02 spiarw03 spiark03 spiarc03~~  ~~Wie häufig fürchten Sie sich vor …~~  ~~a) Fremden~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~** | ~~Nie~~  ~~Sehr selten~~  ~~Selten~~  ~~Manchmal~~  ~~Häufig~~  ~~Sehr häufig~~  ~~Immer~~ |
| ~~202~~ | ~~Wie häufig fürchten Sie sich vor …~~  ~~b) Autoritätspersonen~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~** | ~~Nie~~  ~~Sehr selten~~  ~~Selten~~  ~~Manchmal~~  ~~Häufig~~  ~~Sehr häufig~~  ~~Immer~~ |
| ~~203~~ | ~~Wie häufig fürchten Sie sich vor …~~  ~~c) Personen anderen Geschlechts~~  ~~(bei Homosexuellen: Personen gleichen Geschlechts)~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~** | ~~Nie~~  ~~Sehr selten~~  ~~Selten~~  ~~Manchmal~~  ~~Häufig~~  ~~Sehr häufig~~  ~~Immer~~ |
| ~~204~~ | ~~Wie häufig fürchten Sie sich vor …~~  ~~d) Menschen im Allgemeinen~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~**  **~~5~~**  **~~6~~**  **~~7~~** | ~~Nie~~  ~~Sehr selten~~  ~~Selten~~  ~~Manchmal~~  ~~Häufig~~  ~~Sehr häufig~~  ~~Immer~~ |
| ~~301~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~a) Beruflich im Mittelpunkt stehen ( z. B. Besprechungen, Versammlungen, Kundenkontakte, Vorträge, Prüfungen)~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~302~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~b) Privat im Mittelpunkt stehen ( z. B. auf Partys, Geselligkeiten, kleine Ansprachen)~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~303~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~c) Sich behaupten und abgrenzen, „nein“-sagen, andere kritisieren~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~304~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~d) Kritik zu erhalten oder mit Kritik umzugehen~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~305~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~e) Kontaktaufnahme mit Fremden, Small talks führen, Nähe suchen~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~306~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~f) Beziehungen aufrecht erhalten, sich melden~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |
| ~~307~~ | ~~Wie sehr belastet Sie folgende Situation~~  ~~g) Alleine in der Öffentlichkeit bewegen bzw. essen (Kino, Gaststätte, Cafe, Museum, Supermarkt etc.)~~ | **~~1~~**  **~~2~~**  **~~3~~**  **~~4~~** | ~~Nie~~  ~~Etwas~~  ~~Sehr~~  ~~Unrelevant, da diese Situation nicht vorkommt~~ |

**Ab hier bleibt alles wie bisher!!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IIP-K Fragebogen (Kurzform)** | | | | | | | | | | |
| Iipai001-032; iiparw01-08=Skalen | | | | | | | | | | |
| Anleitung Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie die Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellten und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Beispiel Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?  **Es fällt mir schwer...**  0. mit meinen Angehörigen nicht wenig mittelmäßig ziemlich sehr  zurecht zu kommen ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen Menschen schwierig sein. | | | | | | | | | | |
| **Es fällt mir schwer...** | | | | | | | | | | |
|  | | nicht | | wenig | | mittel-mäßig | | ziem-lich | | sehr |
| 1. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich Gruppen anzuschließen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich fremden Menschen vorzustellen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich mit jemand anderem zu streiten. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn es die Lage erfordert. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mit anderen zurechtzukommen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. 10. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. wenn nötig, standfest zu sein. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich anderen nahe zu fühlen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| **Es fällt mir schwer...** | | | | | | | | | | |
|  | | nicht | | wenig | | mittel-mäßig | | ziem-lich | | sehr |
| 1. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| 1. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze. | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ |
| Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun. | | | | | | | | | | |
|  | nicht | | wenig | | mittel-mäßig | | ziem-lich | | sehr | |
| 1. Ich öffne mich anderen zu sehr. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich vertraue anderen zu leicht. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. 25. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. 27. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich streite zu oft mit anderen. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |
| 1. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr. | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | | ❑ | |

**Fragebogen zur Selbstbeschreibung (OPD-SFK)**

Opdai01-12; opdarw01-04=Skalen

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zu treffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Itemnummerierung fehlt! | Trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Teils/ teils | Trifft eher zu | Trifft völlig zu |
| 1. Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

Auswertung: Jedes Item Ausprägung von 0=trifft gar nicht zu bis 4=völlig zutreffend; Range 0-48; Summenskala ganze Zahlen.

Subskalen (nur die Rohwertsummen angeben – es gibt bisher keine Normierunge; die drei Subskalen interkorrelieren ca. .77):

Subskala 1 Selbstwahrnehmung (Items 1,2,5,8); Subskala 2: Kontaktaufnahme (Items 4, 6, 10, 11); Subskala 3: Misstrauen (Items 3, 7, 9, 12).

**SASB – Introjekt (L.S. Benjamin, D. Tscheulin)**

Sasai001-036; Skalen: sasarw01-08

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie mit sich in der letzten Zeit umgehen. Bearbeiten Sie dabei bitte jede einzelne Frage, indem Sie sich für eine Antwort entscheiden zwischen:

0= „Aussage trifft nie/überhaupt nicht zu“ bis 100= „Aussage trifft immer/völlig zu“.

Werte kleiner 50 bedeuten „eher unzutreffend“, Werte von 50 oder mehr bedeuten „zutreffend“.

Wirken einzelne Satzteile für Sie widersprüchlich, dann beurteilen Sie bitte die Zutreffendere der einzelnen Teilaussagen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie gehe ich mit mir um ...** Itemnummerierung fehlt! | **Nie/**  **Überhaupt nicht** | | | | | **Immer/**  **völlig** | | | | | |
| 1. Ich lasse mich gehen und versuche nicht, etwas gut zu können oder aus meinem Leben zu machen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich versuche herauszufinden, was wirklich in mir vorgeht, weil ich mir selbst helfen will. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Anstatt das zu tun, was für mich notwendig wäre, lasse ich mich gehen und gebe mich Tagträumereien hin. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich lasse wichtige persönliche Angelegenheiten an mir vorübergehen, ohne dem große Bedeutung beizumessen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Da ich meine Stärken und Schwächen kenne, kann ich mich mit gutem Gefühl so lassen, wie ich bin. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich bin froh und zufrieden mit mir, so wie ich bin. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich klage mich selbst an und mache mir Vorwürfe, bis ich mich schuldig und schlecht fühle und mich schäme. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich arbeite daran, neue lohnende Fähigkeiten und Eigenschaften zu entwickeln und in die Tat umzusetzen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich gehe mit mir selbst sanft und liebevoll um und schätze mich sehr. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich sorge auf einfache und natürliche Weise für mich und mein Wohlergehen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Zornig und barsch lehne ich mich ab, betrachte mich als wertlos und überlasse mich dem Schicksal. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich beachte mich nicht und kümmere mich nicht darum, wer und wie ich wirklich bin. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich mag mich sehr gern und fühle mich gut, wenn ich die Gelegenheit habe, mit mir alleine zu sein. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich beobachte mich sehr genau, schränke mich ein, halte mich zurück. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich habe die Angewohnheit, sehr stark Kontrolle über mich auszuüben. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich zerstöre mich selber, ich lasse es zu, dass ich mich der Vernichtung preisgebe. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich zerfleische und verausgabe mich durch eine zu große Selbstüberlastung. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich gönne mir meine Streicheleinheiten und weiß mich zu schätzen, so wie ich bin. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich kontrolliere mich genau, um sicher zu gehen, dass ich tue, was getan werden sollte und müsste. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich arbeite hart daran, dass ich einer Idealvorstellung möglichst nahe komme. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich höre auf meine inneren, tiefsten Gefühle und stehe in Einklang mit Ihnen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Selbst wenn ich mir dadurch großen Schaden zufüge, lasse ich meine Verletzungen und Krankheiten unbehandelt. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich setze alles daran, um sicher zu gehen, dass ich den richtigen Normen folge und mich korrekt verhalte. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich quäle mich und bestrafe mich streng, ich "lasse es an mir selbst aus". | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich zwinge mich, Dinge zu tun, von denen ich genau weiß, dass sie nicht gut für mich sind; ich mache mir selbst etwas vor. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich nehme den Tag, wie er ist und plane nicht für Morgen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich kümmere mich um meine eigenen Interessen, ich schütze mich. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich lasse mich vom Augenblick treiben, innere Richtlinien, Maßstäbe oder Ziele besitze ich nicht. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Es ist mir überaus wichtig herauszufinden, was ich für mich selbst brauche und wie ich es bekommen kann. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Frei, unbekümmert und zuversichtlich tue ich, was mir spontan in den Sinn kommt. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich verstehe mich und mag mich, so wie ich bin; ich fühle mich stark und mit mir selbst verbunden. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich nehme mir die Freiheit, zu tun und zu werden, was immer ich möchte. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich bin leichtsinnig und unvorsichtig; ich komme damit in selbstzerstörerische Situationen. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich suche Beziehungen, Orte und Dinge, die mir sehr gut tun. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich erniedrige mich selbst, rede mir ein, dass ich alles falsch gemacht habe und dass andere es besser können. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1. Ich denke darüber nach, wie ich mich selbst verletzen und zerstören kann; ich bin mir selbst der schlimmste Feind. | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |

Skalenzuordnung: Cluster 1 spontan sein (Items 2, 26, 28, 30, 32); Cluster 2 Selbstakzeptanz (Items 5, 6, 21, 31); Cluster 3 Selbstliebe (9, 10, 13, 18, 34); Cluster 4 Selbstunterstützung (Items 2, 8, 27, 29); Cluster 5 Selbstkontrolle(Items 14, 15, 19, 20, 23); Cluster 6 Selbstanklage (Items 7, 24, 25, 35); Cluster 7 Selbstvernichtung (Items 11, 16, 17, 22, 36); Cluster 8 Selbstvernachlässigung (Items 1, 3, 12, 33)

Darstellung in Oktandengrafik wie in gesonderter Datei (SASB Introjekt Zusatzalgorithmen

Berechnungen (Zusatzdatei): Clustermittelwerte mit Normierung, Interne Konsistenz, Vektor, Median, Am besten passendes Pattern.

**ECR-RD12 (Brenk-Franz, Ehrenthal, et al. Version 1.0, 2011)**

Ecrai001-012; ecrai011 ecrai012 ecrarw01 ecrarw02 ecrarc01 ecrarc02 ecrakt03 (Kategorie)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist für uns dabei vor allem, **wie Sie im Allgemeinen Partnerschaften erleben**, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen.  Hatten Sie **noch nie einen Partner**, dann stellen Sie sich bitte vor, wie Sie sich in einer Partnerschaft wohl **erleben würden**!  Falls Sie sich keine Intimbeziehung vorstellen können, beantworten Sie die Fragen bitte bezogen auf eine/n Freund/in. | | stimme gar nicht zu |  |  |  |  |  | stimme völlig zu |
| 1 | Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Es fällt mir schwer, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute, als er/sie mir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Auswertung: Drei Variablen werden berechnet: Skalen bindungsbez. Angst und Vermeidung und Bindungstyp.

Skala Bindungsbezogene Angst: Items 1, 2, 5, 8, 10, 11

Skala Bindungsbezogene Vermeidung: Items 3-, 4, 6, 7, 9-, 12- (- ist invers gepolt: 1=7, 2=6, 3=5)

Pro Skala werden die MITTELWERTE berechnet!

Neue Variable „Bindungstyp“:

„sicher“: Falls Angst<3,1 UND Vermeidung <2,72

„ängstlich-vermeidend“: Falls Angst >= 3,1 UND Vermeidung >=2,72

„gleichgültig-vermeidend“: Falls Angst <3,1 UND Vermeidung >=2,72

„anklammernd-ambivalent“: Falls Angst >= 3,1 UND Vermeidung <2,72

Indikative Testungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A. Suchtmittel und Verhaltenssüchte 1. Alkohol |  |  |
|  | Audit alkai001-013, alkarw01, alkark01  1. Wie oft trinken Sie Alkohol in den letzten 12 Monaten? | 1  2  3  4  5 | Nie (weiter zu Screen Nikotin)  Einmal im Monat oder seltener  Zwei- bis viermal im Monat  Zwei- bis dreimal die Woche  Viermal die Woche oder öfter |
|  | 2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann in den letzten 12 Monaten üblicherweise an einem Tag?  Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen | 1  2  3  4  5 | 1 bis 2 Gläser pro Tag  3 bis 4 Gläser pro Tag  5 bis 6 Gläser pro Tag  7 bis 9 Gläser pro Tag  10 oder mehr Gläser pro Tag |
|  | 3. Wie oft trinken Sie in den letzten zwölf Monaten sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?  Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen | 1  2  3  4  5 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | Sprungregel: Falls Item 2=1 UND Item 3=1, dann weiter zu Screen Nikotin  In den letzten 12 Monaten … |  |  |
|  | 4. Wie oft konnten Sie nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten? | 0  1  2  3  4 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | 5. Wie oft konnten Sie Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten? | 0  1  2  3  4 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | 6. Wie oft haben Sie morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen? | 0  1  2  3  4 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | 7. Wie oft hatten Sie Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten? | 0  1  2  3  4 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | 8. Wie oft waren Sie nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten? | 0  1  2  3  4 | Nie  Seltener als einmal im Monat  Jeden Monat  Jede Woche  Jeden Tag oder fast jeden Tag |
|  | 9. Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten? | 0  2  4 | Nein  Ja, aber nicht während der letzten 12 Monate  Ja, während der letzten 12 Monate |
|  | 10. Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken? | 0  2  4 | Nein  Ja, aber nicht während der letzten 12 Monate  Ja, während der letzten 12 Monate |
| rw | Audit-Summe über alle 10 Items:  Bei Frauen: 0-3: „risikoarmer Konsum“; 4-7 „V. a. riskanten Konsum“; 8-14 „riskanter Konsum“; 15-40 „kritischer Alkohol Gebrauch“  Bei Männern: 0-4: „risikoarmer Konsum“; 5-7 „V. a. riskanten Konsum“; 8-14 „riskanter Konsum“ 15-40 „kritischer Alkohol Gebrauch“ |  |  |
| 11 | Falls Audit Summe >=8 (bei Männern UND Frauen!)  a) Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken? |  | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10  Unwichtig sehr wichtig |
| 12 | b) Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, weniger Alkohol zu trinken: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das schaffen würden? |  | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10  Nicht absolut  zuversichtlich |
| kat | Neue Variable: „Alkohol Therapie-Leitlinie“ alkark01  Wenn a: 0-6 UND b: 0-6: Motivation und Zuversicht fördern!  Wenn a: 0-6 UND b: 7-10: Motivation erhöhen! und Zuversicht loben!  Wenn a: 7-10 UND b: 0-6: Motivation loben und Zuversicht fördern!  Wenn a: 7-10 UND b 7-10: Motivation und Zuversicht loben! |  | alkark01: Alkohol Audit Kategorie (1=Risikoarmer Konsum (0-4p), 2=Verdacht auf riskanten Konsum (5-7p), 3=Riskanter Konsum (8-14p) 4=Kritischer Alkohol-Gebrauch (15-40) |
|  |  |  |  |
|  | 2. Nikotin nikai001-013, nikarw01, nikark01 |  |  |
| 1 | Rauchen Sie? | 1  2  3  4 | Nein (weiter zu Screen Medikamente)  Nicht mehr (weiter zu Screen Medikamente)  Gelegentlich  Regelmäßig |
| 2 | An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage geraucht? |  | \_\_\_\_\_\_\_ Tage (Range 0-30 prüfen) |
| 3 | Bezogen auf die letzen 30 Tage: Wie viel haben Sie an so einem Tag im Durchschnitt geraucht? |  | \_\_\_\_\_\_\_ Zigaretten oder Pfeifen |
| 4 | Sprungregel: Nur falls „regelmäßig“=4 angekreuzt oder Anzahl pro Tag >5: Diese Frage und FTNA  Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, regelmäßig zu rauchen? |  | \_\_\_\_\_\_\_ Alter in Jahren |
|  | FTNA (übersprungen falls Screen negativ!) |  |  |
| 5 | Wie viel Zeit vergeht zwischen dem Aufwachen und Ihrer ersten Zigarette? | 3  2  1  0 | 5 min.  6-30 min.  31-60 min.  mehr als 60 min. |
| 6 | Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu lassen? | 1  0 | ja  nein |
| 7 | Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen? | 1  0 | Die erste morgens  andere |
| 8 | Wie viel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag? | 0  1  2  3 | bis 10  11-20  21-30  31 und mehr |
| 9 | Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages? | 1  0 | ja  nein |
| 10 | Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen? | 1  0 | ja  nein |
| Rw | FTNA Summe über F1 – F6 (Range 0-10)  Neue Variable „Nikotinabhängigkeit“: 0-2 „keine“ ; 3-4 geringe F17.2!; 5 mittlere F17.2!; 6-7 starke F17.2!; 8-10 sehr starke F17.2! |  |  |
| 11 | Falls FTNA Summe >2  a) Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? |  | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10  Unwichtig sehr wichtig |
| 12 | b) Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das schaffen würden? |  | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10  Nicht absolut  zuversichtlich |
| Kat | Neue Variable: „Nikotinabhängigkeit Therapie-Leitlinie“  Wenn a: 0-6 UND b: 0-6: Motivation und Zuversicht fördern!  Wenn a: 0-6 UND b: 7-10: Motivation erhöhen! und Zuversicht loben!  Wenn a: 7-10 UND b: 0-6: Motivation loben und Zuversicht fördern!  Wenn a: 7-10 UND b 7-10: Motivation und Zuversicht loben! |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 3. Medikamente/Drogen medai001-006 |  |  |
|  | Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Mittel eingenommen?  Falls Sie Mittel für mehrere Zwecke genommen haben, dann kreuzen Sie bitte beide Mittel an! (z. B. Schlaf und Stimmungsverbesserung)  Alkohol, Koffein und Nikotin sind hier nicht gemeint! |  |  |
| 1 | 1. Mittel um besser schlafen zu können | 1  2  3  4  5 | Nie  Weniger als 5 mal  1 mal pro Monat  1 mal pro Woche  Mehr als 1 mal pro Woche |
| 2 | 2. Mittel um Ihre Stimmung zu verbessern (z. B. Antidepressiva) | 1  2  3  4  5 | Nie  Weniger als 5 mal  1 mal pro Monat  1 mal pro Woche  Mehr als 1 mal pro Woche |
| 3 | 3. Mittel um Schmerzen zu lindern | 1  2  3  4  5 | Nie  Weniger als 5 mal  1 mal pro Monat  1 mal pro Woche  Mehr als 1 mal pro Woche |
| 4 | 4. Mittel um ruhiger zu werden (z. B. angstlösende Medikamente) | 1  2  3  4  5 | Nie  Weniger als 5 mal  1 mal pro Monat  1 mal pro Woche  Mehr als 1 mal pro Woche |
| 5 | 5. Mittel um leistungsfähiger zu sein (z. B. Amphetamine) | 1  2  3  4  5 | Nie  Weniger als 5 mal  1 mal pro Monat  1 mal pro Woche  Mehr als 1 mal pro Woche |
| 6 | Waren Sie jemals abhängig von einer illegalen Droge? | 1  2  3 | Nein, sicher nicht  Nein nicht abhängig, aber gefährdet  Ja, ich war bzw. bin abhängig |
|  | 5. Verhaltens“süchte“ verai001-009 |  |  |
|  | Hatten Sie in den letzten 12 Monaten starke Schwierigkeiten mit folgenden Verhaltensweisen?  Bsp. für Schwierigkeiten: Verschuldung, Vereinsamung, Beziehungsabbrüche, Schuldgefühle, Erwerbslosigkeit, „Entzugs“erscheinungen wie Unruhe, Nervosität, Gereiztheit |  |  |
|  | 1. Glücksspiel (Automaten, Poker, Roulette usw.) | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 2. Kaufen | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 3. Sport | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 4. Fernsehen | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 5. Computer spielen | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 6. Internetnutzung (z. B. Rollenspiele, Chats) | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 7. Handynutzung | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 8. Exzessives Arbeiten („Arbeitssucht“) | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 9. „Sexsucht“ (extreme Pornographie-Nutzung, Promiskuität usw.) | 1  2 | Nein  Ja |
|  | **B. Essstörungen** edeai000, 001-028; Skalen: edearw01-edearw07, edearc01-edearc07, edearc00 |  |  |
| 0 | Sehen Sie in irgendeiner Weise ein Problem in Ihrem Essverhalten in den letzten 12 Monaten?  z. B. Essanfälle; übertriebenes gegenregulieren nach dem Essen durch Diäten, Sport, erbrechen usw.; überzogen kontrolliertes, wählerisches oder gesundes Essverhalten; häufige Beschäftigung mit Essen, Figur, Gewicht | 1  2 | Nein (weiter zu C Angststörungen)  Ja |
|  | Essstörungs Screen: Falls Screening-Frage =2 oder 2 ODER BMI <20,1 ODER BMI >29,9 (aus Bado am Ende) dann EDE-Q vergeben! Sonst weiter zu Modul C Angststörungen |  |  |
|  | EDE-Q (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006)  Einmal bei der Instruktion nennen, danach nicht mehr!  Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage).  An wie vielen der letzten 28 Tage … |  |  |
|  | 1. Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 3. Haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 4. Haben Sie versucht, festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z. B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen leeren Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen völlig flachen Bauch zu haben? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 7. Hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 8. Hat das Nachdenken über Figur oder Gewicht es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 11. Haben Sie sich dick gefühlt? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen? | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | Während der letzten vier Wochen (28 Tage) … |  |  |
|  | 13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal |
|  | 14. In wie vielen Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal |
|  | 15. An wie vielen Tagen der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage |
|  | 16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal |
|  | 17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal |
|  | 18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer „getriebenen“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal |
|  | Bitte beachten Sie, dass bei folgenden drei Fragen der Begriff „Essanfall“ bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten. |  |  |
|  | 19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d. h. im Verborgenen) gegessen?  Zählen Sie Essanfälle nicht mit. | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | 20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)?  Zählen Sie Essanfälle nicht mit. | 0  1  2  3  4  5  6 | Kein Tag  1-5 Tage  6-12 Tage  13-15 Tage  16-22 Tage  23-27 Tage  Jeden Tag |
|  | Während der letzten vier Wochen (28 Tage) … |  |  |
|  | 21. Wie beunruhigt waren Sie wenn andere Menschen Sie essen sahen?  Zählen Sie Essanfälle nicht mit. | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 22. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 23. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | 28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z. B. in Gemeinschaftsräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)? | 0  1  2  3  4  5  6 | Überhaupt nicht  Leicht  Mäßig  Deutlich |
|  | Auswertung EDE-Q: Skalen: Mittelwerte bilden!   1. Gezügeltes Essverhalten: Items 1-5 2. Beschäftigung mit Essen: Items 7, 9, 19, 20, 21 3. Beschäftigung mit Gewicht: Items 8, 12, 22, 24, 25 4. Beschäftigung mit Figur: Items 6, 8, 10, 11, 23, 26, 27, 28 5. Essprobleme Gesamtwert: Items 1-12 und 19-28 6. Binge Eating: Items 13-16 7. Gegenregulieren: Items 16-18 |  | edeerc00: EDE Mindestens eine Skala auffällig gescreent (0=nein, 1=ja) |
|  | **C. Angststörungen** |  |  |
| 1 | C1. PHQ-Panik panai001-016; panarw01,panarw02,panarc01,panarc02  a) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen ein Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)? | 1  2 | Nein (weiter zu C3. Phobien)  Ja |
| 2 | b) Ist dies bereits früher einmal vorgekommen? | 1  2 | Nein (weiter zu C. Phobien)  Ja |
| 3 | c) Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren? | 1  2 | Nein (weiter zu C. Phobien)  Ja |
| 4 | d) Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen? | 1  2 | Nein (weiter zu C. Phobien)  Ja |
| 5 | e) Hatten Sie diese Panikanfälle auch, wenn Sie NICHT depressiv waren, also wenn Ihre Stimmung und Ihr Antrieb und Ihre Energie ausreichend gut waren? | 1  2 | Nein (weiter zu C. Phobien)  Ja |
|  | C2. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall. |  |  |
| 6 | a. Bekamen Sie schlecht Luft? | 1  2 | Nein  Ja |
| 7 | b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag? | 1  2 | Nein  Ja |
| 8 | c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust? | 1  2 | Nein  Ja |
| 9 | d. Haben Sie geschwitzt? | 1  2 | Nein  Ja |
| 10 | e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken? | 1  2 | Nein  Ja |
| 11 | f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer? | 1  2 | Nein  Ja |
| 12 | g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | 1  2 | Nein  Ja |
| 13 | h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe? | 1  2 | Nein  Ja |
| 14 | i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers? | 1  2 | Nein  Ja |
| 15 | j. Zitterten oder bebten Sie? | 1  2 | Nein  Ja |
| 16 | k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben? | 1  2 | Nein  Ja |
| Rw1 | Auswertung: Falls C1a bis C1e erfüllt UND aus C2a-2k mindestens 4 Symptome erfüllt sind: -> Paniksyndrom erfüllt; ansonsten Paniksyndrom nicht erfüllt |  |  |
|  | **C3. Phobien** phoai001-003, phoar003 ??, phoai004-016 |  |  |
|  | 1. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Ängste vor bestimmten Situationen oder Objekten?  Wichtig: Nicht gemeint sind hier  1. Ängste negativ bewertet zu werden, im Mittelpunkt zu stehen  2. „Depressive Ängste“ (vor Zukunft, zu versagen, Überforderung)  3. Trennungs- oder Verlustängste  Gemeint sind Ängste z. B. vor  - Geschlossenen Räumen, Situationen, in denen man schlecht flüchten kann (Menschenmengen, Aufzug, Flugzeug, Tunnel, Zug etc.)  - Alleine reisen (mit Auto, Flugzeug, Bus, Zug, Schiff usw.)  - Höhensituationen (z. B. Sessellift, Brücke, Turm, Leiter, Balkon)  - Autofahren (z. B. Autobahn, überholen, Stau, als Beifahrer)  - Krankheiten (Krebs, HIV usw.), Medikamentennebenwirkungen  - Tiere (Spinnen, Hunde, Schlangen, Mäuse usw.)  - Blut sehen oder abnehmen lassen, Spritzen, Zahnbehandlung  - Dunkelheit  - Natur (z. B. Gewitter, schwimmen im tiefen, tauchen)  - Erbrechen, ersticken | 1  2 | Nein (weiter zu Modul D. Zwang)  Ja |
|  | 2. Fühlen Sie sich durch die Intensität (Panikerleben) oder Häufigkeit dieser Ängste belastet?  z. B. geschlossene Räume, Menschenmengen, allein reisen, Verkehrsmittel, Höhe, Tiere, Blut, Zahnbehandlung, schwimmen | 1  2 | Nein  Ja |
|  | 3. Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensqualität beeinträchtigt (eingeschränkt, unfrei) weil Sie diese Situation(en) oder Objekte vermeiden (müssen)?  z. B. geschlossene Räume, Menschenmengen, allein reisen, Verkehrsmittel, Höhe, Tiere, Blut, Zahnbehandlung, schwimmen | 1  2 | Nein  Ja |
|  | Sprungregel: Falls 2 **UND** 3 verneint -> Modul D. Zwang |  |  |
|  | 4. Leiden Sie unter belastender Furcht vor einengenden Situationen bzw. geschlossenen Räumen, weil Sie befürchten, im Falle eines Angstanfalls (Panikattacke) nicht schnell genug entkommen zu können? **Agoraphobie: Variante Enge (Klaustrophobie)**  z. B. Menschenmengen (auch im Zug, Bus, Kino etc.), Frisör, Schlange stehen, Aufzug, Kernspin, Theater, Kino, Konzert, Flugzeug (bereits am Boden!), Stau, Autobahn (v. a. links fahren und ohne Standstreifen), Tunnel, Zimmer ohne Fenster, Bergwerk, öffentliche Toiletten zusperren, tauchen, schwimmen, längere Schifffahrt. | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 5. Leiden Sie unter belastender Furcht vor dem alleine reisen, weil Sie befürchten, im Falle eines Angstanfalls (Panikattacke) nicht schnell genug an einen sicheren, vertrauten Ort zu kommen?  **Agoraphobie: Variante Weite (alleine reisen)**  z. B. reisen mit Auto, Bus, Zug, Flugzeug, Schiff; alleine länger spazieren oder über offene, weite, leere Plätze gehen.  Achtung: Hier ist wirklich die Furcht vor Paniksymptomen gemeint (Körpersymptome, Angst vor Kontrollverlust), nicht nur ein Gefühl bzw. Gedanken von z. B. „Bindungsverlust“, „getrennt sein“,„sich wie ein Kind fühlen“, Einsamkeit, Langeweile alleine, Orientierungsprobleme | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 6. Leiden Sie unter belastender Furcht vor mindestens einer dieser Situationen aus Furcht vor Gefahr, Verletzung, Überfall, Schmerzen, Tod:  - Technisches bzw. menschliches Versagen (Flugzeug, Aufzug, Tunnel usw.)   * Höhe * Autofahren * Krankheiten, Medikamentennebenwirkungen * Tiere * Blut abnehmen lassen, Spritzen, Blut sehen, Verletzungen verarzten * Zahnbehandlung * Dunkelheit * Naturgewalten * Schwimmen im tiefen oder trüben Wasser; tauchen * Erbrechen | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust)  Screen spezifische Phobien: Falls Antwort 1 oder 3 -> weiter zu Modul Zwang |
|  | 7. Fühlen Sie sich aktuell deutlich eingeschränkt bzw. belastet durch die Furcht vor … (mehrere Items von 8-17 auf eine Seite)  Technischem bzw. menschlichem Versagen (z. B. Flugzeug stürzt ab, Aufzug hat objektiv nicht genug Luft, Tunnel stürzt ein, Schiff sinkt, Zug entgleist, Massenpanik oder Gewalt in Menschenmenge, usw.) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung oder Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 8. Höhe (z. B. Gondel, Sessellift, Brücken, Aussichtstürme, hohe Aufzüge, Leitern, Dächer, Terrassen, Rolltreppen) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 9. Autofahren (z. B. aus Angst vor Unfall, verursacht von sich oder anderen; auch als Beifahrer) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 10. Krankheiten (Krebs, Tumor, Schlaganfall, HIV, Herzinfarkt etc.), Medikamentennebenwirkungen | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 11. Tiere (z. B. Spinnen, Hunde, Schlangen, Mäuse, Bienen) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 12. Blut abnehmen lassen, Spritzen, Blut sehen, Verletzungen verarzten | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 13. Zahnbehandlung (wegen Schmerz, Gerüchen, ausgeliefert sein usw.) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 14. Dunkelheit (z. B. beim schlafen, im Freien oder in geschlossenen Räumen) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 15. Schwimmen oder tauchen im tiefen oder trüben Wasser (Baggersee, Meer; aus Furcht vor dem was „drin ist“ ); oder Gewitter/Donner | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | 16. Erbrechen oder verschlucken bzw. ersticken  (z. B. eigenes erbrechen oder von anderen; typische Einschränkungen: Meiden von Alkohol, Medikamenten, bestimmte Speisen, Volksfeste, Partys, Operationen, Bus fahren, Hände schütteln, Kontakte wegen „Magen-Darm-Ansteckung“, Filme mit erbrechen) | 1  2  3 | Keine bis geringfügige Belastung und wenig Einschränkung durch Vermeidung  Belastet mich deutlich bzw. muss es vermeiden und fühle mich dadurch klar eingeschränkt  Situationen/Objekte belasten mich nur in einer depressiven Phase (Bei Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Interesseverlust) |
|  | **D. Zwangsstörungen**  Ociai101-103; ociai001-018, ociarw01-08, ociac01-08 |  |  |
| 101 | 1. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten?  z. B. kontrollieren beim Wohnung verlassen; Hände waschen; Dinge ordnen, zurecht rücken; übertriebenes putzen; etwas berühren | 1  2 | Nein  Ja |
| 102 | 2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Gedanken gelitten, die unsinnig oder beängstigend waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?  z. B. etwas schlimmes zu tun; zu zählen; sich zu infizieren | 1  2 | Nein  Ja |
| 103 | 3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten darunter gelitten, dass Sie zu viele Gegenstände aufbewahren oder sammeln mussten? | 1  2 | Nein  Ja |
|  | Sprungregel: Falls 1 UND 2 UND 3 verneint -> Modul E. ADS |  |  |
|  | OCI-R (Gönner, Leonhart & Ecker, 2007)  In den folgenden Aussagen werden Verhaltens- oder Erlebensweisen beschrieben, die viele Menschen in ihrem Lebensalltag zeigen. Markieren Sie bitte jeweils die Zahl, die am besten beschreibt, wie stark Sie im vergangenen Monat durch eine Verhaltens- oder Erlebensweise beeinträchtigt waren oder unter ihr gelitten haben. |  |  |
|  | 1. Ich bewahre so viele Gegenstände auf, dass sie mich behindern. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 2. Ich kontrolliere Dinge öfter als notwendig. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 3. Ich werde unruhig, wenn Gegenstände nicht korrekt (an)geordnet sind. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 4. Bei vielen Aktivitäten fühle ich mich zum Zählen gezwungen. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 5. Es fällt mir schwer, einen Gegenstand anzufassen, wenn ich weiß dass er schon von Fremden oder bestimmten Personen berührt wurde. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 6. Es fällt mir schwer, meine Gedanken zu kontrollieren | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 7. Ich sammle Dinge, die ich nicht brauche. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 8. Ich kontrolliere wiederholt Türen, Fenster, Schubladen etc. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 9. Ich werde unruhig, wenn andere etwas daran ändern, wie ich die Dinge (an)geordnet habe. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 10. Ich fühle mich gezwungen, bestimmte Zahlen zu wiederholen. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 11. Manchmal muss ich mich waschen oder reinigen, einfach weil ich glaube, verunreinigt oder verseucht zu sein. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 12. Ich fühle mich durch unangenehme Gedanken beunruhigt, die mir gegen meinen Willen in den Sinn kommen | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 13. Ich vermeide es, Sachen wegzuwerfen, da ich Angst habe, ich könnte sie vielleicht später noch brauchen. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 14. Ich kontrolliere wiederholt Gas-/ Wasserhähne und Lichtschalter, nachdem ich sie zu-/ ausgemacht habe. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 15. Für mich müssen Dinge in einer bestimmten Weise angeordnet sein. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 16. Ich glaube, dass es gute und schlechte Zahlen gibt. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 17. Ich wasche meine Hände öfter und länger als nötig. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | 18. Ich bekomme häufig abscheuliche Gedanken und es fällt mir schwer, sie wieder los zu werden. | 0  1  2  3  4 | Gar nicht  Wenig  Mittel  Stark  Sehr stark |
|  | Skalen (Items xy; alle positiv gepolt!): Rohsummenwerte berechnen!  Waschen: 5, 11, 17 (ab Summe 3: „auffällig“)  Kontrollieren: 2, 8, 14 (ab Summe 5 „auffällig“)  Ordnen: 3, 9, 15 (ab Summe 8 „auffällig“)  Zwangsgedanken: 6, 12, 18 (ab Summe 5 „auffällig“)  Horten: 1, 7, 13 (ab Summe 6 „auffällig“)  Zählen: 4, 10, 16 (ab Summe 3 „auffällig“)  Zwänge gesamt: Summe über 1-18 (ab Summe 17 „auffällig“) |  |  |
|  |  |  |  |
|  | E. ADS (Aufmerksamkeits-Defizit Syndrom)  adsai001-005, adsarw01, adsark01, adsarc01 |  |  |
|  | Waren Sie in den letzten sechs Monaten davon belastet, dass Sie zerstreut und unaufmerksam waren? | 1  2  3 | Nein (weiter zu F. Reizüberflutung)  Ja, aber nur während depressiver Stimmung (konzentrationsgestört, erschöpft, antriebsgemindert, niedergeschlagen) (weiter zu F.)  Ja, auch wenn meine Stimmung ganz in Ordnung ist! |
|  | ADHS-E hspai001-005, hsparw01, hspark01, hsparc01  Wie häufig trifft folgendes typischerweise in den letzten zwei Wochen auf Sie zu?  1. Ich schweife mit den Gedanken ab, auch wenn ich eigentlich zuhören möchte. | 0  1  2  3 | Trifft nicht zu  Trifft kaum zu  Trifft meistens zu  Trifft immer zu |
|  | 2. Ich verlege häufig Dinge. | 0  1  2  3 | Trifft nicht zu  Trifft kaum zu  Trifft meistens zu  Trifft immer zu |
|  | 3. Ich habe Schwierigkeiten, meine Arbeit zu organisieren. | 0  1  2  3 | Trifft nicht zu  Trifft kaum zu  Trifft meistens zu  Trifft immer zu |
|  | 4. Ich habe Schwierigkeiten, das Erledigen mehrerer Aufgaben zu organisieren. | 0  1  2  3 | Trifft nicht zu  Trifft kaum zu  Trifft meistens zu  Trifft immer zu |
|  | 5. Ich vergesse Dinge zu erledigen, die ich mir vorgenommen habe. | 0  1  2  3 | Trifft nicht zu  Trifft kaum zu  Trifft meistens zu  Trifft immer zu |
|  | Skala „Aufmerksamkeitslenkung“: Summenrohwert über Items 1-5  Skala: 0-6 „unauffällig“; 7-9 „auffällig“; 10-15 „typisch für ADS“  Postmessung nur falls prä auffällig! |  |  |
|  | **F. Reizüberflutung, Hochsensibilität** |  |  |
|  | Waren Sie in den letzten sechs Monaten davon belastet, dass Sie sehr empfindsam auf Umweltreize reagiert haben?  z. B. Lärm, grelles Licht, Straßenverkehr, Hektik | 1  2 | Nein (weiter zu G. Dissoziation)  Ja |
|  | In den letzten zwei Wochen:  1. Von starken Sinneseindrücken fühle ich mich schnell überfordert. | 1  2  3  4  5  6  7 | Völlig unzutreffend  Mittelmäßig zutreffend  Äußerst zutreffend |
|  | In den letzten zwei Wochen:  2. Grelles Licht, starke Gerüche, kratzige Stoffe, Sirenen in meiner Nähe und dergleichen können mir leicht zuviel werden. | 1  2  3  4  5  6  7 | Völlig unzutreffend  Mittelmäßig zutreffend  Äußerst zutreffend |
|  | In den letzten zwei Wochen:  3. Manchmal liegen meine Nerven derart blank, dass ich einfach alleine sein muss. | 1  2  3  4  5  6  7 | Völlig unzutreffend  Mittelmäßig zutreffend  Äußerst zutreffend |
|  | In den letzten zwei Wochen:  4. Ich werde unangenehm aufgeregt, wenn um mich herum viel los ist. | 1  2  3  4  5  6  7 | Völlig unzutreffend  Mittelmäßig zutreffend  Äußerst zutreffend |
|  | In den letzten zwei Wochen:  5. Intensive Reize wie laute Geräusche oder chaotische Vorgänge stören mich. | 1  2  3  4  5  6  7 | Völlig unzutreffend  Mittelmäßig zutreffend  Äußerst zutreffend |
|  | „Reizüberflutung, Hochsensibilität“:  5-19 unauffällig, 20-22 auffällig; 23-28 sehr auffällig; 29-35 äußerst auffällig; Postmessung nur falls prä auffällig! |  |  |
|  | **G. Dissoziation** fdsai000-008, fdsarw01, fdsarc01 |  |  |
| 000 | Erleben Sie sich immer wieder von Ihrem Körper oder der Umwelt abgespalten oder erleben Sie sich selbst oder die Umwelt unwirklich?  z. B. „wie in Watte“, „im falschen Film“, „nicht richtig da“, „neben sich stehend“ | 1  2 | Nein (weiter zu H. Trauma)  Ja |
|  | FDS-8 Taxon  Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben.  Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.  Klicken Sie die Prozentzahl an, die zeigt, wie häufig Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer. |  |  |
|  | 1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 2. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 3.      Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 4.      Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 5.      Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 6.      Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 7.      Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | 8.      Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. |  | 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  (nie) (immer) |
|  | Auswertung: Zwei Variablen:   1. FDS-8 als kontiunierliche Ultra-Kurzform der FDS:   Mittelwert über alle 8 Items: „Dissoziationsstärke“   1. FDS-8 Taxon (Berechnung mit SPSS Syntax!):   Dissoziation: „pathologisch“ (falls Taxon W´keit=1)  Dissoziation: „nicht pathologisch“ (falls Taxon W´keit=0)  Postmessung nur falls prä auffällig! |  |  |
|  | **H. Traumafolgen** iesai001-022, iesarw01-03,iesark01-03, iesarc01-03 |  |  |
| 101 | Waren Sie jemals unmittelbar oder angedroht oder als Zeuge/Zeugin einem der folgenden Ereignisse ausgesetzt?  Tod bzw. Lebensgefahr, schwere Verletzung, körperliche Gewalt, sexueller Übergriff | 1  2 | Nein (Ende indikative Tests!)  Ja |
| 102 | Sind Sie aktuell durch dieses Ereignis bzw. diese Ereignisse immer noch behandlungsbedürftig belastet?  z. B. durch:  sich aufdrängenden Erinnerungen/Gefühle, Wiedererleben, Schreckhaftigkeit, übersteigerte Wachsamkeit, Schlafstörungen, Albträume, Vermeidung von Situationen/Personen, welche an das Ereignis erinnern | 1  2 | Nein, nicht mehr wirklich belastet (Ende indikative Tests)  Ja |
|  | IES-R  Denken Sie bei der Bearbeitung bitte an das traumatische Ereignis, den Vorfall und geben Sie an, wie häufig die folgenden Reaktionen bei Ihnen aufgetreten sind:  **In den letzten zwei Wochen …** |  |  |
|  | 1. Immer wenn ich an dieses Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 2. Ich hatte Schwierigkeiten nachts durchzuschlafen. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder erinnert wurde. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Wege zu gehen | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 11. Ich versuchte nicht daran zu denken | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 14. Ich stellte fest, saß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir hatte. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 16. Es kam mir vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 18. Es fiel mir schwer mich zu konzentrieren. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 19. Die Erinnerungen an das Ereignis lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 20. Ich träume davon. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 21. Ich empfinde mich selbst als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig. | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | 22. Ich versuchte nicht darüber zu sprechen | 0  1  3  5 | Überhaupt nicht  Selten  Manchmal  Oft |
|  | Auswertung: 3 Skalen: Jeweils Rohsummenwerte bilden  Intrusionen: Items 1, 3, 6, 9, 14, 16, 20;  Rohwertsumme angeben und die Bewertung: 0-11 unauffällig, 12-20 auffällig, 21-29 sehr auffällig, >29 äußerst auffällig  Vermeidung: Items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22  Rohwertsumme angeben und die Bewertung: 0-13 unauffällig, 14-22 auffällig, 23-31 sehr auffällig, >31 äußerst auffällig  Übererregung: Items 2, 4, 10, 15, 18, 19, 21  Rohwertsumme angeben und die Bewertung: 0-14 unauffällig, 15-21 auffällig, 22-29 sehr auffällig, >29 äußerst auffällig |  |  |