

SCID I – Screening
Datum
 . .

Tag Monat Jahr

? = unsicher / zu wenig Information

2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt

1 = nicht vorhanden

3 = sicher vorhanden

	Affektive Störungen	
	<i>Major Depression</i>	
1.	Gab es während der letzten 4 Wochen eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig fühlten? Oder haben Sie während dieser Zeit das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?	? 1 2 3 S. 1
2.	Hatten Sie jemals eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig depressiv oder niedergeschlagen fühlten? (mind. 2 Wochen) Oder gab es schon einmal eine Zeitspanne, in der Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren haben, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?	? 1 2 3 S. 7
	<i>Manie</i>	
3.	Gab es im letzten Monat eine Zeit, in der Sie sich so gut fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? Oder gab es eine Phase, in der Sie so reizbar waren, dass Sie andere anschreien oder in Streit und Auseinandersetzungen gerieten?	? 1 2 3 S.10
4.	Hatten Sie jemals eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie sich so gut fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung? (mind. 1 Wo) Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? Oder gab es eine Phase, in der Sie so reizbar waren, dass Sie andere anschreien oder in Streit und Auseinandersetzungen gerieten?	? 1 2 3 S.15
	<i>Dysthymie</i>	
5.	Litten Sie in den letzten Jahren oder zu einem früheren Zeitpunkt (mind. 2 J.) die meiste Zeit (50% des Tages) unter einer depressiven Stimmung?	? 1 2 3 S. 21
	psychotische Störungen	
	<i>Wahn</i>	
6.	Kam es Ihnen jemals so vor, als ob andere Sie auffällig anders betrachtet oder über Sie geredet haben? Müssen Sie befürchten angegriffen, schikaniert, betrogen oder verfolgt zu werden? Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie besonders wichtig waren? Oder dass mit Ihnen etwas körperlich nicht stimmte, was medizinisch nicht erklärt werden konnte? Machten Sie jemals irgendwelche ungewöhnlichen religiösen Erfahrungen? Waren Sie jemals überzeugt, dass Ihre Gedanken oder Handlungen gegen Ihren Willen beeinflussbar sind? Oder waren Sie jemals überzeugt, dass Ihre eigenen Gedanken laut nach außen übertragen wurden?	? 1 2 3 S. 29
	<i>Halluzinationen</i>	
7.	Haben Sie irgendwann einmal Dinge gehört, die andere nicht hören konnten?	? 1 2 3 S. 26
8.	<i>desorganisierte Sprache, katatonies Verhalten, Negativsymptomatik</i>	? 1 2 3 S. 29
	Angststörungen	
9.	Hatten Sie jemals in Ihrem Leben einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten?	? 1 2 3 S. 61
10.	Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?	? 1 2 3 S. 65

11.	Hatten Sie schon einmal Angst davor, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?	? 1 2 3 S. 67
12.	Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug sitzen, Blut sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder Höhen?	? 1 2 3 S. 70
	<i>Zwang</i>	
13.	Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten? Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten? (z.B. Hände waschen, etwas mehrmals kontrollieren)	? 1 2 3 S. 73
	<i>PTSD</i>	
14.	Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in lebensbedrohlichen Situationen zu befinden, Katastrophen zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, überfallen, ausgeraubt und misshandelt zu werden oder zusehen zu müssen, wie diese Ereignisse einer anderen Person widerfahren. Ist Ihnen schon mal etwas ähnliches passiert? Derartige Ereignisse kommen manchmal immer wieder über einen längeren Zeitraum in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken zurück, die sie nicht loswerden können, War das bei Ihnen auch so?	? 1 2 3 S. 75
	<i>generalisierte Angststörung</i>	
15.	Waren Sie in den letzten 6 Monaten besonders nervös oder ängstlich? Haben Sie sich da die meiste Zeit Sorgen gemacht? (mehr als 50% der Tage)	? 1 2 3 S. 79
	somatoforme Störungen	
	<i>Somatisieren, Hypochondrie</i>	
16.	Machen Sie sich viele Sorgen um Ihre körperliche Gesundheit? Denkt Ihr Arzt, dass Sie sich zu viele Sorgen machen?	? 1 2 3 S. 83, S. 89
	<i>Schmerzstörung</i>	
17.	Leiden Sie unter Schmerzen, die Ihr Leben stark beeinflussen?	? 1 2 3 S. 87
	<i>Körperwahrnehmungsstörung</i>	
18.	Leiden Sie unter Ihrer äußerlichen Erscheinung?	? 1 2 3 S. 90
	Essstörungen	
19.	Kam es schon einmal vor, dass andere sagten, Sie seien zu dünn?	? 1 2 3 S. 91
20.	Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?	? 1 2 3 S. 93
	Schlafstörung	
21.	Leiden Sie unter Einschlaf-, Durchschlafstörungen oder schlechter Schlafqualität?	? 1 2 3
	Sexuelle Störungen	
22.	Fühlen Sie sich durch ein mangelndes sexuelles Verlangen beeinträchtigt?	? 1 2 3
23.	Leiden Sie unter Problemen, die in Ihrer sexuellen Beziehung zu einem Partner auftreten?	? 1 2 3
	Demenz	
24.	Beobachten Sie, dass sie sich Dinge nicht mehr so gut merken können und / oder Ihre Urteils- und Denkfähigkeit eingeschränkt sind?	? 1 2 3
	Abhängigkeit	
25.	Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol auf einmal getrunken haben?	? 1 2 3 S. 47
26.	Haben sie jemals Drogen genommen?	? 1 2 3 S. 52
27.	Fühlten Sie sich jemals von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nahmen Sie mehr davon ein, als Ihnen verschrieben wurde?	? 1 2 3 S. 61