



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ)

Screening Fragebogen FETZ

Wenn eine oder mehrere der folgenden Fragen auf Sie zutreffen, können Sie für eine Beratung gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Bitte beachten Sie, dass ein solcher Fragebogen nur dazu dienen kann, Hinweise auf seelische Probleme zu erfassen. Dieses Vorgehen unterliegt erheblichen Unschärfen, d. h. es kann durchaus vorkommen, dass eine Frage missverstanden wird und so der fälschliche Eindruck entsteht, das geschilderte Erleben liege auch beim Leser selbst vor. Weiterhin ist es sehr wichtig festzustellen, dass das Bejahen einer Frage nicht zwangsläufig bedeutet, dass eine psychische Störung vorliegt. Um eine solche Störung festzustellen oder auszuschließen, bedarf es ausführlicher Gespräche mit hierfür geschulten Experten, wie wir sie Ihnen im FETZ anbieten.

1	Hat sich Ihre Stimmung auffällig verändert? Fühlen Sie sich z. B. ungewöhnlich niedergeschlagen oder auch ohne erkennbaren Anlass übermäßig hochgestimmt oder nervöser und reizbarer oder sehr ängstlich? Erleben Sie ungewöhnliche Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>
2	Haben Sie sich von Freunden, Bekannten, Kollegen oder Mitschülern mehr zurückgezogen, nehmen Sie weniger Kontakt zu anderen Menschen auf?	<input type="checkbox"/>
3	Haben Sie bemerkt, dass Ihre Motivation oder Ihre Leistungen in der Schule, im Studium, in der Ausbildung oder im Beruf nachgelassen haben?	<input type="checkbox"/>
4	Fällt es Ihnen schwerer als früher, Ihre Aufmerksamkeit auf zwei unterschiedliche Dinge zugleich zu richten, z. B. einem Gespräch zu folgen und sich dabei zugleich Notizen zu machen, Auto zu fahren oder Geschirr zu spülen?	<input type="checkbox"/>
5	Kommt es vor, dass Sie sich nur schwer auf ein Gespräch, ein Buch oder einen Film konzentrieren können, weil sich Gedanken an andere Themen dazwischen drängen, obwohl diese Themen gefühlsmäßig ohne Bedeutung für Sie sind?	<input type="checkbox"/>
6	Reißt Ihnen manchmal der gedankliche Faden so nachhaltig ab, dass der Gedanke, den Sie gerade hatten, verschwunden oder nicht mehr greifbar ist?	<input type="checkbox"/>
7	Kommt es vor, dass Ihnen viele Gedanken gleichzeitig durch den Kopf jagen, ohne dass diese noch in einem Zusammenhang stehen?	<input type="checkbox"/>
8	Kommt es vor, dass Ihnen Erlebnisse oder Gespräche immer wieder durch den Kopf gehen, obwohl diese für Sie bedeutungslos sind und Sie sich mit etwas anderem beschäftigen oder einschlafen möchten?	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie manchmal den Eindruck, gesprochene oder geschriebene Worte nicht auf Anhieb zu verstehen, obwohl sie Ihnen eigentlich gut bekannt sind?	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie bemerkt, dass Ihnen vertraute Worte oder Alltagsbegriffe nicht unmittelbar einfallen, so dass Sie länger danach suchen oder auf andere Worte/Begriffe ausweichen müssen?	<input type="checkbox"/>
11	Sind Sie sich manchmal unsicher, ob Sie etwas tatsächlich erleben/wahrnehmen oder ob es sich nur in Ihrer Vorstellung ereignet? (Dies kann sich auch auf vergangene Erlebnisse beziehen.)	<input type="checkbox"/>
12	Kamen Ihnen Dinge oder Menschen in Ihrer Umgebung je verändert, unwirklich oder fremd vor? Oder hatten Sie den Eindruck, Ihre Umgebung sei künstlich, wie in einem Theaterstück oder Film?	<input type="checkbox"/>
13	Beziehen Sie manchmal bestimmte Vorgänge oder Mitteilungen in Ihrer Umgebung auf sich, obwohl es unwahrscheinlich ist, dass Sie gemeint sind (z. B. Bemerkungen, Blicke oder das Lachen fremder Personen oder Plakat-/Zeitungstexte)? Oder haben Sie manchmal das Gefühl, dass Dinge in Ihrer Umgebung eine bestimmte Bedeutung haben, Ihnen irgendetwas sagen sollen?	<input type="checkbox"/>
14	Sind Sie misstrauischer als früher? Erscheint es Ihnen manchmal, als ginge etwas vor, dass womöglich bedrohlich für Sie sein könnte? Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Sie vorsichtiger oder wachsamer sein müssen, um sich sicher fühlen zu können?	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Ihr Denken oder Handeln von außen kontrolliert wird?	<input type="checkbox"/>

16	Beschäftigen Sie sich zunehmend mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen, sodass Sie kaum noch Zeit für Ihre anderen Interessen haben?	<input type="checkbox"/>
17	Sind Sie abergläubischer geworden oder haben Sie das Gefühl, durch Ihr Handeln oder Ihre Gedanken Dinge beeinflussen zu können wie z. B. das Wetter?	<input type="checkbox"/>
18	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass sich Ihr Körper, Ihre Wahrnehmung Ihres Körpers oder körperliche Empfindungen in ungewöhnlicher Weise verändert haben?	<input type="checkbox"/>
19	Haben Sie irgendwelche ungewöhnlichen Veränderungen Ihres Sehens oder Hörens oder allgemein in Ihrer Wahrnehmung festgestellt: Scheinen Ihnen Ihre Sinne zuweilen einen Streich zu spielen? Wirken Gegenstände z. B. in ihrer Form und Größe zeitweise verändert? Erscheinen Ihnen Farben, Töne oder Stimmen bisweilen stärker, lauter, eigenartig oder verzerrt?	<input type="checkbox"/>
20	Kennen Sie das Gefühl, dass eine Person oder Kraft anwesend ist, obwohl Sie allein sind? Oder haben Sie manchmal den Eindruck, etwas zu hören oder zu sehen, obwohl das nicht sein kann?	<input type="checkbox"/>