

Anamnesebogen

| Allgemeine Angaben | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Name..... | Vorname..... | Geschlecht..... |
| Telefon | Telefon | Mail |
| Strasse..... | | PLZ / Ort..... |
| Datum der Anmeldung..... | | Überweisung durch:..... |
| Anmeldungsgrund..... | | |
| Kostenträger der Therapie..... | | |
| Waren Sie bereits früher in einer Paartherapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie schon einmal in einer Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie zurzeit in einer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Psychopharmaka? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche?..... | | |

| Angaben zu Ihrer Person | | |
|---|---|---|
| Alter (in Jahren) | Nationalität..... | Muttersprache..... |
| Religionszugehörigkeit | | |
| <input type="checkbox"/> katholisch | <input type="checkbox"/> protestantisch | <input type="checkbox"/> andere Religion |
| | | <input type="checkbox"/> konfessionslos |
| Zivilstand | | |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> fester Beziehung | <input type="checkbox"/> verheiratet |
| | | <input type="checkbox"/> in Scheidung |
| <input type="checkbox"/> in Trennung | | |
| Dauer der Partnerschaft | | Dauer der Ehe..... |
| Wohnsituation | | |
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit PartnerIn | <input type="checkbox"/> andere Situation |
| Anzahl Kinder | | |
| Alter / Geschlecht des 1. Kindes..... | | Alter / Geschlecht des 3. Kindes..... |
| Alter / Geschlecht des 2. Kindes..... | | Alter / Geschlecht des 4. Kindes..... |
| Wie gross ist Ihr Bekanntenkreis (Freunde, Kollegen, Nachbarn) | | |
| <input type="checkbox"/> kaum Freunde und engere Bekannte | <input type="checkbox"/> 1 bis 5 Personen | |
| <input type="checkbox"/> 6 bis 10 Personen | <input type="checkbox"/> mehr als 10 Personen | |
| Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit diesen Kontakten | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden so wie es ist | | |
| <input type="checkbox"/> Ich hätte gern intensivere/mehr Kontakte | | |
| <input type="checkbox"/> Ich hätte gern weniger bzw. befriedigendere Kontakte | | |

Angaben zu Ihrer beruflichen Situation

Aktueller Berufsausbildung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ArbeiterIn | <input type="checkbox"/> Primarschule/Grundschule |
| <input type="checkbox"/> FacharbeiterIn | <input type="checkbox"/> Sekundarschule |
| <input type="checkbox"/> LandwirtIn | <input type="checkbox"/> Berufsschule/Mittelschule |
| <input type="checkbox"/> AngestellteR/BeamteIn | <input type="checkbox"/> Gymnasium/Abitur |
| <input type="checkbox"/> Freier Beruf | <input type="checkbox"/> Hochschule/Universität |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann | |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | |
| <input type="checkbox"/> HöhereR BeamteIn/LeitendeR AngestellteR | |

Einkommen pro Jahr (netto).....

Arbeitspensum

Vollzeit Teilzeit (Bitte Prozent angeben)

zur Zeit arbeitslos ja nein

wenn ja seit..... Bemerkungen.....

Derzeitiger Arbeitgeber

Name.....

Adresse..... PLZ / Ort.....

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Wenn ja seit..... ja nein

Sind Sie zurzeit berentet? Wenn ja seit..... ja nein

Sind Sie pensioniert? Wenn ja seit..... ja nein

Angaben zu Ihrer Lebensgeschichte

Besondere Ereignisse in der Kindheit/Jugend (Verlust wichtiger Bezugspersonen, Umzüge, Unfälle etc.)

.....

.....

.....

Körperliche Krankheiten im bisherigen Leben

.....

.....

Bekannte körperliche Krankheiten in der Herkunftsfamilie

Vater.....

Mutter.....

Geschwister.....

Verwandte (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben).....

.....

Psychische Probleme im bisherigen Leben

.....

Bekannte psychische Probleme in der Herkunftsfamilie

Vater.....

Mutter

Geschwister.....

Verwandte (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben).....

.....

Anzahl Geschwister.....

Zivilstand der Eltern

- ledig verheiratet verwitwet geschieden

Beruf der Eltern

Vater

- Arbeiter
- Facharbeiter
- Landwirt
- Angestellter/Beamter
- Höherer Beamter/Leitende Angestellter
- Freier Beruf
- Hausmann

Mutter

- Arbeiterin
- Facharbeiterin
- Landwirtin
- Angestellte/Beamte
- Höhere Beamtin/ Leitende Angestellte
- Freier Beruf
- Hausfrau

Angaben zu den Partnerschaftsproblemen

Seit wann bestehen Probleme in Ihrer Partnerschaft?

.....

Wann traten sie zum ersten Mal auf?

.....

Wann haben sich die Probleme zugespitzt und verschärft?

.....

Wann treten die Probleme vor allem auf?

.....

Gibt es Zeiten, in denen die Probleme nicht auftreten oder schwächer sind?

.....
.....
.....

Haben Sie aktuell körperliche Beschwerden/Symptome? (Bitte kurze Beschreibung)

.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Beschwerden/Symptome?

.....
.....

Haben Sie zurzeit psychische Probleme? (Kurze Beschreibung der Symptome)

.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

.....
.....

Bisheriger Verlauf der Probleme

.....
.....
.....
.....

Verändern sich die Probleme in An- oder Abwesenheit Ihres Partners/Ihrer Partnerin?

.....
.....
.....

Gegenwärtige Belastungsfaktoren

.....
.....
.....
.....

Einverständniserklärungen:

Hiermit erkläre ich mich mit den Videoaufzeichnungen der Sitzungen einverstanden. Ich bin auch einverstanden, alle Fragebögen im Rahmen der Wirksamkeitsuntersuchung der Therapie auszufüllen.

Datum:

Unterschrift.....

Fragebogen zur Partnerschaftsqualität (PFB)

| | nie | selten | oft | sehr oft |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Er/Sie wirft mir Fehler vor, die ich in der Vergangenheit gemacht habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Er/Sie streichelt mich während des Vorspiels so, dass ich sexuell erregt werde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich merke, dass er/sie mich körperlich attraktiv findet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Er/Sie sagt mir, dass er/sie zufrieden ist, wenn er/sie mit mir zusammen ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vor dem Einschlafen schmiegen wir uns im Bett aneinander. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Er/Sie bricht über eine Kleinigkeit einen Streit vom Zaun. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Er/Sie teilt mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wenn wir uns streiten, beschimpft er/sie mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Er/Sie reagiert positiv auf meine sexuellen Wünsche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wir schmieden gemeinsam Zukunftspläne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn er/sie etwas aus seiner/ihrer Arbeitswelt erzählt, so möchte er/sie meine Meinung dazu hören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wir planen gemeinsam, wie wir das Wochenende verbringen wollen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Er/Sie berührt mich zärtlich, und ich empfinde es als angenehm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Er/Sie macht mir ein ernst gemeintes Kompliment über mein Aussehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Er/Sie bespricht Dinge aus seinem/ihrer Berufsleben mit mir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Er/Sie bemüht sich, sich meine Wünsche zu merken, und erfüllt sie bei passender Gelegenheit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Er/Sie kritisiert mich in einer sarkastischen Art und Weise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Er/Sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wenn er/sie mich offensichtlich falsch behandelt hat, entschuldigt er/sie sich später bei mir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wir unterhalten uns am Abend normalerweise mindestens eine halbe Stunde miteinander. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Wenn wir uns streiten, können wir nie ein Ende finden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Er/Sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Er/Sie nimmt mich in den Arm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Während eines Streits schreit er/sie mich an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Er/Sie fragt mich abends, was ich den Tag über gemacht habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Wenn wir uns streiten, verdreht er/sie meine Aussage ins Gegenteil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Er/Sie spricht mit mir über seine/ihre sexuellen Wünsche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Er/Sie streichelt mich zärtlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Er/Sie sagt mir, dass er/sie mich gerne hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Er/Sie schränkt mich in meiner persönlichen Freiheit ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- sehr unglücklich
 unglücklich
 eher unglücklich
 eher glücklich
 glücklich
 sehr glücklich

Trennungsabsichten

| | stimmt | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe gelegentlich, insbesondere nach einem Streit oder einem anderen Zwischenfall, an Scheidung gedacht oder gewünscht, wir würden getrennt leben oder geschieden sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe schon einige Male, d.h. während oder kurz nach einem Streit an Scheidung und Trennung gedacht und das meinem Partner vage formuliert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bei mir tauchen Gedanken an eine Trennung oder Scheidung sehr oft auf, etwa einmal wöchentlich oder häufiger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe mir derart konkret über eine Scheidung oder Trennung Gedanken gemacht, dass ich überlegt habe, wer die Kinder bekommen würde, wie die Sachen aufgeteilt werden würden usw. und dabei das Für und Wider solcher Aktionen überlegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe wegen meiner evtl. Scheidung oder Trennung schon mit anderen (Z.B. vertrauensvoller Freund, Psychologe, Pfarrer) als mit meinem Partner diskutiert.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe mich bis jetzt noch nicht im Bekannten bzw. Verwandtenkreis erkundigt, wie lange es dauert, bis man geschieden ist, welche Gründe akzeptiert werden könnten und wie teuer das Ganze ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich hab mir bisher keinerlei spezifische Pläne bezüglich der Trennung oder Scheidung von meinem Partner gemacht. Ich habe mit meinem Partner auch darüber noch nicht gesprochen, und ich habe mir auch noch nicht überlegt, was ich in diesem Falle sagen würde, sollte mich mein Partner darauf hin ansprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich habe meinem Partner bisher noch nicht angedeutet oder ihm vorgeschlagen, dass es für uns wohl am Besten wäre, wenn wir uns zu einer Scheidung oder Trennung entschließen könnten bzw. wenn ich meinen Partner los wäre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich habe sozusagen zum Schutz meiner eigenen Interessen ein persönliches, von meinem Partner völlig unabhängiges Bankkonto auf meinem Namen eröffnet. Damit möchte ich meine persönlichen Interessen schützen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich habe den Sachverhalt Scheidung oder Trennung bisher noch nicht ernsthaft oder ausführlich genug mit meinem Partner diskutiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe noch keinen Kontakt mit einem Anwalt aufgenommen, um mit ihm die Frage einer Scheidung zu klären. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich habe bisher noch keinen Rechtsanwalt im Hinblick auf dieses Problem konsultiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mein Partner und ich haben uns getrennt. Diese Trennung soll (a) eine Art Probe bzw. (b) eine langdauernde (endgültige) Trennung sein (bitte das Zutreffende unterstreichen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich habe die Scheidung bereits eingereicht bzw. wir sind bereits geschieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Weltanschauung / gemeinsame Gespräche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Temperament des Partners | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Zuwendung des Partners | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Attraktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Eifersucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gewährung persönlicher Freiheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Aussereheliche Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verwandte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Persönliche Gewohnheiten des Partners | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Einschätzung der Sexualität

Im Folgenden sind eine Reihe von Einschätzungen Ihrer partnerschaftlichen Sexualität aufgeführt, denen Sie eher zustimmen können oder eher nicht. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt.

| | stimmt | stimmt nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Unser Sexualleben ist vollauf befriedigend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mein Partner und ich haben nur selten Sexualekontakte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mein Partner ist manchmal übermässig zurückhaltend oder prüde in seiner Einstellung zu Sexualität. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es scheint, dass mein Partner unsere sexuellen Kontakte genau so sehr genießt wie ich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mein Partner und ich können uns über die Häufigkeit unserer sexuellen Kontakte fast immer einigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. In unserer sexuellen Beziehung fehlt es an Abwechslung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich genieße die sexuellen Kontakte mit meinem Partner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Manchmal bin ich recht unglücklich mit unserer sexuellen Beziehung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mein Partner zeigt manchmal zu wenig Begeisterung für sexuelle Betätigung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es ist schwierig, mit meinem Partner über Sexualität zu sprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich würde mir von meinem Partner etwas mehr Zärtlichkeit während der sexuellen Kontakte wünschen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. Mein Partner versagt sich mir selten, wenn ich mir sexuellen Kontakt wünsche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich habe Angst, meinen Partner zu verlieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nach dem Sex kuscheln wir noch ein wenig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich kann Sexualität auch geniessen, wenn ich keinen Orgasmus erlebe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich habe Mühe, beim Sex abzuschalten und den Alltag hinter mir zu lassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Während des sexuellen Kontaktes mache ich mir Sorgen darüber, was der Partner von mir denkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sexualität ist mir wichtig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich habe schon daran gedacht, eine Aussenbeziehung zu beginnen (Geliebter). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogen zum Befinden (SCL-90-R)

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute.

| Wie sehr littten Sie unter...? | Überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervosität oder innerem Zittern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gedächtnisschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herz- und Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zittern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Wie sehr litten Sie unter...? | Überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. schlechtem Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Neigung zum Weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Einsamkeitsgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Schwermut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Furchtsamkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Herzklopfen oder Herzjagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Übelkeit oder Magenverstimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreissen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Einschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Schwierigkeiten beim Atmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Hitzewallungen oder Kälteschauern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Wie sehr litten Sie unter...? | Überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Leere im Kopf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloss) im Hals zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Schweregefühl in Armen oder Beinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Gedanken an den Tod und ans Sterben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. dem Drang, sich zu überessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. frühem Erwachen am Morgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. unruhigem oder gestörtem Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Schreck- oder Panikanfällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. dem Gefühl, wertlos zu sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Wie sehr litten Sie unter...? | Überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Schuldgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |