



Bitte überlegen Sie, durch welche der hier aufgeführten **Probleme** Sie sich gegenwärtig beeinträchtigt fühlen oder in der letzten Zeit (bis ca. 1 Jahr zurückliegend) beeinträchtigt gefühlt haben. Markieren Sie jeweils die **Intensität der Beeinträchtigung**. Bitte lassen Sie keinen Bereich aus, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwierig erscheint.

| | Grad der Beeinträchtigung | | | | |
|---|----------------------------------|--------------|-----|-----|------------|
| | gar nicht | sehr schwach | | | sehr stark |
| 1. Konflikte am Arbeitsplatz | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 2. Arbeitsschwierigkeiten, Konzentration, Motivation | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 3. Zeitmanagement, Aufschieben, Hektik | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 4. Probleme mit Migration / kultureller Identität | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 5. Probleme im familiären Umfeld | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 6. Krankheit oder Tod nahestehender Personen | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 7. Partnerschaftsprobleme, Trennungsprobleme | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 8. Probleme, keine(n) Partner(in) zu haben | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 9. Körperliche Krankheiten, psychosomatische Beschwerden | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 10. Soziale Ängste, Angst vor Ablehnung, Kontaktschwierigkeiten | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 11. Existenz-, Zukunftsängste | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 12. Panikattacken; sonstige Ängste | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 13. Selbstwertprobleme | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 14. Depressive Verstimmungen Grübeleien, Stimmungsschwankungen | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 15. Entscheidungsprobleme | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 16. Stress, Unruhe, Erschöpfung | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 17. Schlafstörungen | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 18. Essstörungen | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 19. Probleme mit Alkohol, Cannabis oder anderen Drogen | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 20. Problematische Nutzung von Computer, Smartphone, Social Media, TV | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |
| 21. Weitere Probleme / Beschwerden | 0 | 1 | - 2 | - 3 | - 4 - 5 |

Stichworte dazu:

.....