

**„Checkliste des Früherkennungs- und  
Therapiezentrums für psychische Krisen“**

<b>1</b>	<b>Sie sind schweigsamer geworden und ziehen sich lieber in Ihre eigenen vier Wände zurück, als mit anderen etwas zu unternehmen.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<b>Sie sind eher unsicher oder schüchtern anderen gegenüber.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>Ihre Stimmung war über Wochen hinweg eher bedrückt, traurig oder verzweifelt.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Sie schlafen schlechter als gewöhnlich - z.B. haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen oder wachen früher auf als sonst. Oder Sie essen mit viel mehr oder mit viel weniger Appetit als normalerweise.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Ihre Bewegungen, Ihr Denken und Sprechen sind merklich langsamer geworden.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<b>Ihre Ausdauer und Motivation in Schule, Ausbildung oder Arbeit und bei Freizeitunternehmungen hat auffällig nachgelassen.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>Sie achten weniger als früher auf Ihre persönlichen Bedürfnisse oder Ihre Gesundheit, Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, Ordnung im persönlichen Wohnbereich.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<b>Sie sind häufig nervös, unruhig oder angespannt.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	<b>Sie haben im Vergleich zu früher häufiger Streit und Diskussionen mit Angehörigen, Freunden oder anderen Personen.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<b>Ihre Gedanken geraten in Ihrem Kopf manchmal durcheinander.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	<b>Sie haben häufiger als früher den Eindruck, daß andere Sie hereinlegen, betrügen oder ausnutzen wollen.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	<b>Sie haben zunehmend den Eindruck, daß bestimmte Vorkommnisse im Alltag (z.B. Hinweise und Botschaften aus Ihrer Umwelt) mit Ihnen persönlich zu tun haben oder nur für Sie bestimmt sind.</b>	<input type="checkbox"/>

<b>13</b>	Ihre gewohnte Umgebung kommt Ihnen manchmal unwirklich oder fremdartig vor (z.B. besonders eindrucksvoll, ergreifend, bedrohlich).	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Sie nehmen Geräusche oder Farben in Ihrer Umwelt ungewohnt intensiv oder deutlich wahr. Manchmal erscheinen Ihnen Dinge oder Menschen äußerlich, z.B. in ihrer Form oder Größe, verändert.	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Ihre Gedanken werden manchmal plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört.	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Sie fühlen sich phasenweise ganz besonders beobachtet, verfolgt oder durch etwas bedroht.	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Sie sehen, hören, schmecken oder riechen manchmal Dinge, die andere überhaupt nicht bemerken können.	<input type="checkbox"/>

### **Auswertung:**

Treffen mindestens drei der Aussagen 1 bis 13 für die letzten sechs Monate zu? Oder trifft mindestens eine der Aussagen 14 bis 17 für irgendeinen Zeitraum des Lebens zu?

Dann wenden Sie sich bitte an ein Zentrum für Früherkennung und Frühintervention  
 FETZ Köln Tel.: 0221-4784042 o. 4041 [www.fetz.org](http://www.fetz.org)  
 FeZ Düsseldorf, Tel.: 0211-9222783  
 ZeBB Bonn, Tel.: 0228-2876302 [www.zebb.de](http://www.zebb.de)

Dies gilt besonders dann, wenn ein zusätzlich erhöhtes Risiko vorliegt:

<b>1.</b> Wenn ein enger Familienangehöriger unter einer psychischen Erkrankung leidet und deshalb in nervenärztlicher Behandlung war.	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Wenn Geburtskomplikationen (z.B.: zeitweiser Sauerstoffmangel) bekannt sind.	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Wenn die Mutter während der Schwangerschaft erkrankt war.	<input type="checkbox"/>