





- Der Plan und dessen Realisierung betreffen nur mich persönlich.
- Auch andere Personen außer mir sind an der Entwicklung des Planes beteiligt.
- Die Realisierung des Planes würde außer mir noch andere Menschen betreffen.
- Der Plan beinhaltet revolutionäre Elemente, welche die vorherrschende gesellschaftliche Ordnung, die Wirtschaft, das Rechtssystem und die meistverbreiteten Weltauffassungen zerrütten oder beschädigen könnten.
- Ich glaube daran, dass der Plan durch mich oder andere eines Tages wirklich ausgeführt wird.
- Ich halte den Plan für illusorisch und unumsetzbar.
- Der Plan ist eng verwoben mit einer spezifischen Moralauffassung.
- Die Verfolgung des Planes hat bereits häufiger zu angespannten Situationen in meinem sozialen Umfeld geführt.
- Meine Freunde/ Bekannten/ Familienangehörigen kritisieren den Plan massiv.
- Ich besitze eine leidenschaftliche Anhängerschaft für den Plan.
- Keine der hier gelisteten Aussagen über den Plan ist zutreffend.

12

Worin sind Sie professionell?

\_\_\_\_\_

Welche Aspekte Ihrer Persönlichkeit, Ihres Gedankenlebens oder Ihrer Erscheinung würden Sie gerne ausrotten?

\_\_\_\_\_

13

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert?

Ja  Nein  Keine Angabe

Falls Sie die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte weitere Angaben.

Bitte geben Sie hier die der Diagnose entsprechenden ICD-10 Kodierungen an:

\_\_\_\_\_

14

Gehen Sie künstlerischen oder musischen Tätigkeiten nach?  Ja  Nein

Falls Sie die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte weitere Angaben.

Spezifizieren Sie die entsprechenden Tätigkeiten stichpunktartig:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15

Sind Sie der Auffassung, dass sich in Ihrem Leben ein auffälliges Muster oder Schema zeigt?  Ja  Nein

Falls Sie die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte weitere Angaben.

Beschreiben Sie dieses Muster/ Schema wenn möglich kurz:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16

Verfügen Sie augenblicklich über geheime Informationen?  Ja  Nein

Falls Sie die vorstehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte weitere Angaben.

Um welche Art von Informationen handelt es sich? (Mehrfachwahlen möglich)

➤  Technologisch/ Wissenschaftlich  Militärisch  Politisch  Wirtschaftlich  Privat/ Sozial

Ist Ihr Geheimwissen exklusiv, oder teilen Sie es mit anderen Eingeweihten?

➤  Exklusiv  Auch andere Personen verfügen über die entsprechenden Informationen

Werden Sie augenblicklich wegen Ihrer Informationen (Mehrfachwahlen möglich)

➤  gesucht,  verfolgt,  bedroht,  erpresst, oder  bestochen?  Nein



Haben Sie vor, Ihre Informationen zu nutzen, um sich dadurch einen persönlichen Vorteil zu verschaffen?

➤  Ja  Nein

Welche emotionalen Folgen hat Ihr Wissen für Sie? (Mehrfachwahlen möglich)

➤  Beklemmung  Schuldgefühle  Depressionen  Gefühle von Macht und Überlegenheit

Würden Sie es momentan vorziehen, die entsprechenden Informationen niemals erhalten zu haben?

➤  Ja  Nein

17

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Grad die nachstehenden Aussagen auf Sie zutreffen.

(-2 = überhaupt nicht zutreffend; 0 = teilweise zutreffend; 2 = voll zutreffend)	-2	-1	0	1	2
1. Ich fürchte mich vor der Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich verfolge in all meinen Handlungen ein übergeordnetes Ziel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich stecke in Gedankenschleifen fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe das Gefühl, einem geheimen Schicksal oder einer höheren Notwendigkeit unterworfen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich sehne mich in die Vergangenheit zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich innerlich leer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich glaube an einen Gott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin das einzige Bewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich lasse mich treiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich suche nach einer Verbindung zu mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe das Bedürfnis, tiefer zu leiden als andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich will mich verewigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe keine Angst vor dem Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich kann nicht mit vollkommener Sicherheit sagen, ob ich jemals einen Menschen wahrhaft geliebt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich besitze nichts, von dem ich mich nicht trennen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe den Eindruck, an meinen eigenen Entscheidungen und Handlungen gar nicht oder bestenfalls nur nebensächlich beteiligt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühle mich permanent schuldig, ohne angeben zu können, wofür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich bin misstrauisch gegenüber Menschen, die von sich behaupten, glücklich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe das Gefühl, dass meine Stimmungen in keinem engen Zusammenhang mit dem stehen, was ich tue oder erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich strebe eine Existenz fernab meiner gegenwärtigen Person an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18

Wann gehen Sie für gewöhnlich zu Bett?     Uhr

Wann stehen Sie üblicherweise auf?     Uhr

Gehen Sie einer regelmäßigen und zeitlich strukturierenden Tätigkeit nach?  Ja  Nein





