

Erhebungsbogen (Langversion)

Bitte füllen Sie diesen Erhebungsbogen zur Ermöglichung einer effizienten Behandlungstätigkeit sorgfältig aus. Sollte der Platz für einzelne Fragen nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseiten. Es ist sehr wichtig, dass Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig ausfüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Der Platz auf dem Bogen ist oft bewusst knapp bemessen, da vieles nicht für alle relevant ist. Bitte benutzen Sie jeweils die Rückseite für freie Schilderungen, wenn der Platz nicht reicht.

1. Vorbefunde und Behandlung

Welche medizinisch festgestellten körperlichen Erkrankungen bestehen bei Ihnen? (bitte nennen):

Wie werden diese körperlichen Erkrankungen behandelt? (auch Medikation benennen)

Welche psychischen Erkrankungen wurden bereits bei Ihnen diagnostiziert? (bitte benennen):

2. Problem- und Beschwerdebeschreibung (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

2.1 Gibt es einen aktuellen Anlass, warum Sie jetzt Behandlung aufsuchen? Bitte schildern Sie:

2.2 Beschreiben Sie mit eigenen Worten die Art der wichtigsten Probleme/Beschwerden, wegen denen Sie in Behandlung sind. Geben Sie auch an, seit wann die Beschwerden bestehen. Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

2.3 Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft und zu Beeinträchtigungen führt:

Körperlich

Kopfschmerzen	Herzrasen	Aufstoßen	Würgegefühl
Rückenschmerzen	Herzstiche	Erbrechen	Zähneknirschen
Bauchschmerzen	Schwindel	Verdauungsbeschwerden	Hautjucken

Gliederschmerzen	Hyperventilation	Überblähung/Völlegefühl	Fleckigkeit/Farbveränderung Haut
Schmerzen in Armen/Beinen	Ohnmachten	Häufiger Durchfall	Unangenehme Empfindungen Genitalbereich
Gelenkschmerzen	Atemnot	Häufiger Stuhlgang	Vaginaler Ausfluss
Nackenschmerzen	Hitzewallungen	häufiges Wasserlassen	Außergewöhnliche Ermüdbarkeit
Ganzkörperschmerzen	starkes Schwitzen	Einnässen	Schwächeperioden
Muskelspannung	Kälteschauer	Einkoten	Deutlicher Appetitverlust
Taubheit/Kribbelgefühle	Zittern	Übelkeit	Gewichtsabnahme (Wie viel?)
Brustschmerzen/Engegefühl	Erröten	Schlechter Geschmack	Deutliche Appetitsteigerung
Herzrhythmusstörungen	Magenbrennen	Belegte Zunge	Gewichtszunahme (Wie viel?)
Herzklopfen	Druckgefühl/Kribbeln/Unruhe im Magen	Schluckbeschwerden	Übergewicht
Brennen der Haut	Kribbeln im Magen	Mundtrockenheit	Untergewicht

Bitte ankreuzen (Mehrfachankreuzungen möglich):

- Ärztliche Untersuchungen führten zu keiner hinreichenden Erklärung der Beschwerden durch eine körperliche Erkrankung
- Die Ärzte sagen, meine Beschwerden seien psychisch, ich glaube das aber nicht
- Es fällt mir schwer, anzuerkennen, dass ein Teil meiner Beschwerden laut ärztlicher Einschätzung psychisch ist.
- Der Umgang mit den körperlichen Beschwerden fällt mir schwer
- Ich bin noch nicht ärztliche untersucht worden oder die Untersuchungen sind noch andauernd

Schlafprobleme

Einschlafstörungen	Durchschlafstörungen	Alpträume	Übermäßiger Schlaf
morgendliches Früherwachen (2 oder mehr Stunden vor gewohnter Zeit)	Schlafwandeln	Schreien im Schlaf	Lange Schlaftrunkenheit nach dem Aufwachen

Bitte ankreuzen (Mehrfachankreuzungen möglich):

- Ich erwache wiederholt aus dem Schlaf mit Panikschrei, heftiger Angst, Körperbewegungen und Übererregung mit Herzrasen, schneller Atmung und Schweißausbruch
- Ich erwache des öfteren aus dem Schlaf mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an Alpträume, worunter ich leide.

() Ich leide regelmäßig unter Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode, aber unter übermäßigem Schlaf während der Wachperiode

() Ich leide mindestens 3 mal in der Woche unter mich deutlich belastenden Einschlaf- und/oder Durchschlafstörungen

Emotionale Probleme

Ängste und Sorgen	Panikgefühle	Spannungsgefühle	Schreckhaftigkeit
Traurigkeit	Resignation	Hilflosigkeit	Hoffnungslosigkeit
Einsamkeitsgefühle	Niedergeschlagenheit	Freudlosigkeit	Gefühlsleere
Wut & Ärgergefühle	Gefühlsschwankungen	Lustlosigkeit	Euphorie
Reizbarkeit	Unruhegefühle	Unwirklichkeitsgefühle	Überempfindlich

Selbstachtung, Selbstbild & Zukunftsperspektiven

Schuldempfinden	Selbstabwertung	Geringer Selbstwert	Ich bin unfähig
Selbsthass	Verbitterung	Selbstmordgedanken	Selbstmordpläne
Minderwertigkeitsgefühle	Ich bin nichts wert	Ich traue mir nichts zu	Alle anderen sind besser
Ich weiß nicht, was ich will	Ich kenne meine Wünsche nicht	Ich verstehe mich nicht	Ich sehe schwarz
Es wird alles schlimmer	Ich verliere die Kontrolle	Ich halte nicht durch	Ich werde zugrunde gehen
Niemand hilft mir	Ich muss vor Angst sterben	Es hat alles keinen Sinn	Ich schäme mich
Ich werde nichts erreichen	Ich kann mir nicht helfen	Ich bin dumm	Alle lachen über mich
Denke nur an Probleme	Ständiges Grübeln	Selbstüberschätzung	Ich bin ein Genie
Ich bin neidisch	Andere sind neidisch auf mich	Man unterdrückt mich	Ich werde ungerecht behandelt

Wiederkehrende Gedanken an den Tod

Leistungsfähigkeit

Gedächtnisschwierigkeiten	Konzentrationsprobleme	Denkprobleme	Keine Ausdauer
Entscheidungsprobleme	Denkunfähigkeit	Ablenkbarkeit	

Sexualität

Lustunfähigkeit	Potenzprobleme	Kein Orgasmus	Orgasmus zu schnell
Hemmungen	Schmerzen beim Sex	Ekel vor Sex	Angst vor Versagen
Kein Interesse an Sexualität	Sexsucht	Verkrampfungen beim Sex	

Bitte ankreuzen (Mehrfachankreuzungen möglich):

- Ich habe abweichende sexuelle Interessen/Präferenzen/Fantasien, bitte schildern:
 Ich habe Angst, gemäß meiner abweichenden sexuellen Interessen zu handeln, bitte schildern:
 Ich habe bereits gemäß meiner abweichenden sexuellen Interessen gehandelt, bitte schildern:

Sozialer Kontakt

Isoliert	Keine Freunde	Unbeliebt	Oberflächige Bekannte
Kein Familienkontakt	Nur Familienkontakt	Partnerlos	Partnerschaftskonflikte
Soziale Hemmungen	Kontaktvermeidung	Angst vor Fremden	Niemals in Partnerschaft
Zu wenig Freunde	Zu viel allein	Seelisch abhängig	Kontaktgestört
Ich ordne mich unter	Misstrauen	Kriminelle Freunde	Freunde, die ausnutzen
Ich habe Wutanfälle	Ich beschimpfe	Ich greife körperlich an	Ständiger Streit
Ich bin Beziehung dominant	Lasse mir alles abnehmen	Ich nutze aus	Eifersucht

Suchtmittel (Geben Sie an, welche nicht ärztlich verordneten Substanzen sie konsumieren)

Alkohol	Zigaretten	Heroin/Opiate	LSD/Halluzinogene
Ecstasy	Speed	Kokain	Cannabis
Beruhigungs-/Schlafmittel	Schnüffelstoffe	Koffein/andere Stimulantien (angeben):	Sonstige (angeben)=

Wenn Suchtmittelkonsum (bitte die jeweiligen Substanzen, für die der Satz gilt, dahinter schreiben!):

- Ich konsumiere täglich; Substanzen:
 Ich konsumiere meisten so oft die Woche:
 Ich konsumiere bei Belastungen; Substanzen:
 Es besteht ein intensiver Drang zum Konsum; Substanzen:
 Der Konsum schädigt meine körperliche Gesundheit, Substanzen:
 Der Konsum schädigt meine psychische Gesundheit, Substanzen:
 Meine Freizeit wird durch den Konsum bestimmt, Substanzen:
 Ich kann den Konsum nicht kontrollieren, Substanzen:
 Ich muss immer mehr konsumieren, Substanzen:
 Bei Nicht-Konsum treten Entzugserscheinungen auf; Substanzen und Entzugserscheinungen benennen:
 Wegen des Konsums bin ich kriminell geworden, Substanzen:
 Ich bin abstinent (konsumiere nicht mehr) seit:
 Bitte typische Konsum-Mengen für die jeweiligen Substanzen hier oder auf der Rückseite angeben:

Energetik

Erschöpft	Energielos	Ausgelaugt	am Ende
Verminderter Antrieb	Ermüdbarkeit	Agitiert/gesteigerter Bewegungsdrang	Bewegungshemmung

Ungewöhnliches Denken/Empfinden/Verhalten

Ich werde verfolgt	Ich werde beobachtet	Stimmen Hören	Visuelle Halluzinationen
Medien berichten über mich	Gedanken werden gelesen	Gedanken werden entzogen	Bin religiös auserwählt
Körper/Organe verändern sich	Alles ist inszeniert	Größengedanken	Ufo-/Außerirdischenkontakte
Ich fühle mich entfernt/nicht richtig hier, obwohl ich es bin	Wie in einem Schauspiel, obwohl es nicht so ist	Fühle mich fremd/verloren	Alles scheint unwirklich, obwohl es wirklich ist

Bitte ankreuzen (Mehrfachankreuzungen möglich):

- Die angekreuzten Besonderheiten sind aktuell vorhanden
- Die angekreuzten Besonderheiten sind aktuell nicht mehr vorhanden, zuletzt traten sie auf:
- Die angekreuzten Besonderheiten sind aufgrund der folgenden Medikamente jetzt nicht mehr vorhanden:

Wenn ungewöhnliche Gedanken/Wahrnehmungen angegeben wurden, bitte schildern Sie diese näher (Beschreibung der Stimmen etc.). Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

Zwänge und Zwangsgedanken (nur angeben, wenn erheblich und störend!)

Muss ständig Händewaschen	Muss ständig duschen	Muss ständig putzen	Muss ständig ordnen
Muss ständig kontrollieren	Muss ständig Dinge wiederholen	Muss ständig zählen	Kann Schmutz nicht ertragen
Befürchte ständig Katastrophen Andere sich aufdrängende Zwänge:	Befürchte ständig Verschmutzung	Befürchte ständig, jemanden zu schaden/verletzen	Muss ständig beten, um Schaden abzuwenden

Wenn Zwangsgedanken und Zwangshandlungen angegeben wurde, bitte schildern Sie diese näher (z.B. genauere Verhaltens-/Gedankenbeschreibung, warum gehandelt wird, z.B. zur Reduktion der Angst). Bitte geben Sie auch Ihre Gedanken oder Befürchtungen genau? Was fürchten Sie, wenn Sie dem Zwangsverhalten nicht nachgeben? Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

Einstellungen/Eigenarten (nur angeben, wenn übertrieben/störend/überfordernd):

Sehr perfektionistisch	Stark arbeitsorientiert	Stark leistungsorientiert	Sehr Kompromisslos
------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------

Bitte nennen Sie spezifische Dinge/Situationen/Verhaltensweisen, die sie nur unter großer Angst durchstehen:

Spritzen	Blut	Arztbesuche	Zahnarzt
Öffentliche Verkehrsmittel	Autofahren	Verreisen	Tunnel
Brücken	Fahrstühle	Fliegen	Geschlossene Räume
Höhen	Laute Geräusche	Kinder	Tiere, benennen:
Erbrechen in Öffentlichkeit	Menschenmengen	Orte, wo Flucht schwer möglich	Orte, wo keine Hilfe, wenn Panikattacke auftritt
Alleine außer Haus	In Schlange stehen	Fremde Personen	Leistungssituationen
Wo ich bewertet werde	Wo ich mich blamieren kann	Allein zu Hause	Andere, aufzählen:

Bitte nennen Sie alle spezifischen Dinge/Situationen/Verhaltensweisen, die sie aus Angst vermeiden:

Spritzen	Blut	Arztbesuche	Zahnarzt
Öffentliche Verkehrsmittel	Autofahren	Verreisen	Tunnel
Brücken	Fahrstühle	Fliegen	Geschlossene Räume
Höhen	Laute Geräusche	Kinder	Tiere, benennen:
Erbrechen in Öffentlichkeit	Menschenmengen	Orte, wo Flucht schwer möglich	Orte, wo keine Hilfe, wenn Panikattacke auftritt
Alleine außer Haus	In Schlange stehen	Fremde Personen	Leistungssituationen
Wo ich bewertet werde	Wo ich mich blamieren kann	Allein zu Hause	Andere, aufzählen:

Weitere Angstsymptome:

- () Allgemeine generalisierende Ängste und Sorgen, bitte kurz beschreiben:
- () Verlassensängste, bitte kurz beschreiben:
- () Angst vor Tod/Erkrankung von Partner, Familienangehörigen etc, bitte kurz beschreiben:
- () Angst, in Beruf /Schule zu versagen, bitte kurz beschreiben:
- () Angst vor Erkrankungen, die nicht besser wird, wenn Ärzte nichts finden, bitte kurz beschreiben:

Folgen von erlebten Traumata:

- () Ich bin traumatisiert, habe ein/mehrere Trauma (extrem belastendes Ereignis) erlebt. Wenn angekreuzt, bitte benennen Sie in Stichworten das Trauma bzw. die Traumata und geben Sie auch ihr damaliges Alter an:

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden () Tage () Wochen () Monate () Jahre nach dem Trauma

Anhaltende Erinnerungen	Lebendige Erinnerungen	Aufdrängende Erinnerungen	Wiedererleben/Flashbacks
Träume vom Trauma	Unterdrückung der Erinnerungen	Vermeidung an das Trauma erinnernder Situationen	Große Angst, wenn ähnlichen Situationen ausgesetzt

Teilweise Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	Vollständige Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	Starke Sorgen und Übervorsichtigkeit	Durch Trauma nach wie vor extrem psychisch belastet
---	--	--------------------------------------	---

Beeinträchtigungen von Essverhalten/Gewicht/Körperbild:

Meine Größe (eintragen):..... Mein Gewicht (eintragen):.....

Häufige Diäten	Vermeidung fetter Speisen	Stark untergewichtig	Frauen: Keine Regelblutung mehr
Männer: Kein Interesse an Sexualität und Potenzverlust	Angst vor Gewichtszunahmen	Erlebe mich als zu dick	Ständige Gewichtskontrolle
Einnahme von Abführmitteln zur Gewichtsreduktion	Exzessiver Sport zur Gewichtsreduktion	Essattacken mit Konsum großer Mengen an Nahrungsmitteln	Einsatz von Erbrechen zur Gewichtsreduktion
Einnahme von Appetitzüglern	Chronisch erhöhter Nahrungsmittelkonsum	Stark übergewichtig	Essen bei Stress und Belastungen
Ich muss mich zum Essen zwingen	Alle sagen, ich bin zu dünn, ich fühle mich aber dick	Ich will weiter mein Gewicht reduzieren	Ich lehne meine Figur ab

Ich denke ständig an meine Figur

Weitere Besonderheiten (Bitte ankreuzen, was zutrifft):

- Deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an eigentlich angenehmen Aktivitäten
- Kann nicht mehr gefühlsmäßig auf Ereignisse reagieren, die eigentlich Gefühle auslösen
- Morgentief: Morgens geht es mir besonders schlecht
- Man sagt mir, ich sei beobachtbar agitiert oder beobachtbar in der Bewegung gehemmt
- Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat)

Maniforme Symptomatiken

Trat bei Ihnen jemals in Ihrem Leben folgendes auf?

- Abnorm gehobene, gereizte oder expansive Stimmung, Benenne, wie viele Tage hintereinander:
- Es erfolgte deshalb eine Krankenhauseinweisung?

Geben Sie an, was während dieser Zeit auftrat:

- gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
- gesteigerte Gesprächigkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit
- vermindertes Schlafbedürfnis
- gesteigertes sexuelles Verlangen
- übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten
- gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit
- Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
- Verlust normaler sozialer Hemmungen mit unangemessenem Verhalten
- Überhöhte Selbsteinschätzung
- Andauernde Wechsel von Aktivitäten und Plänen

- Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, dessen Risiken verkannt werden
- Sexuelle Taktlosigkeit
- Größenwahn
- Stimmenhören
- völlig unzugänglich für eine normale Kommunikation

Bitte beschreiben Sie in Stichworten, jeweils wann in ihrem Leben für wie lange Zeit dieser Zustand bestand und schildern Sie ebenfalls die Behandlung (gerne Rückseite verwenden):

3. Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

- 3.1 Ich habe genug Sozialkontakte
 Ich verfüge über zu wenig Sozialkontakte
 Ich habe nur Bekannter, aber keine Freunde
 Ich habe weder Bekannte noch Freunde
 Wegen meiner Beschwerden ziehe ich mich von Sozialkontakten zurück
 Meine meisten Sozialkontakte sind negativ
 Meine meisten Sozialkontakte sind positiv
 Ich möchte neue Kontakte aufbauen
 Es fällt mir schwer, Kontakte zu schließen, weil ich zu schüchtern bin
 Es fällt mir schwer Kontakte zu schließen, weil ich sozial nicht kompetent bin
 Ich bin zu antriebslos, um Kontakte zu schließen
- 3.2 Bitte schildern Sie kurz wichtige Interessen, Aktivitäten und Hobbys (z.B. Sport, Lesen, Verreisen, Spaziergehen, Einkaufen, Musik hören, Wandern etc.) von Ihnen. Machen Sie ebenfalls Angaben zu Häufigkeit, Dauer und Zufriedenheit mit den ausgeübten Tätigkeiten.
- 3.3 wegen meiner Beschwerden sind meine Aktivitäten reduziert
- 3.4 wegen meiner Beschwerden führe ich fast keine Freizeitaktivitäten mehr durch
- 3.5 insgesamt hatte ich schon immer zu wenig Freizeitaktivitäten. Bitte Grund angeben:

Wenn Sie zu wenige Freizeitaktivitäten durchführen, geben Sie den Grund an:

Antriebslosigkeit	Erschöpfung	Schmerzen
Arbeitsüberlastung	Familiäre Überlastung	Angst
Selbstunsicherheit	Keine Ideen	Sonstiges:

3.6 Was tun Sie mehr und was tun Sie weniger wegen Ihrer Erkrankung? Warum?

4. Entwicklung der Beschwerden (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Stehen einige dieser Ereignisse im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden? Kreuzen Sie an:

Partnerschaftskonflikte	Gewalt durch Partner	Tod des Partners	Partnerschaftstrennung
Probleme mit Kindern	Tod von Kind	Streit mit Eltern	Streit mit Freunden
Verlust von Freundschaft	Tod von Elternteilen	Tod von anderen Familienangehörigen	Tod von Freunden
Eigene körperliche Erkrankung	Schwere Erkrankung von Familienangehörigen	Schwere Erkrankung von Freunden	Pflege von Familienangehörigen
Arbeitslosigkeit	Berentung	Arbeitsplatzwechsel	Zu viel Arbeit
Konflikte am Arbeitsplatz	Finanzielle Probleme	Opfer von Kriminalität	Monotonie

Andere:

4.1 Wurden Ihre **jetzigen** Beschwerden durch eine besondere Situation / ein besonderes Erlebnis ausgelöst? Bitte beschreiben Sie kurz den Auslöser/die Entwicklung der aktuellen Problemsituation/Beschwerden, auch wenn Sie ihn schon angekreuzt haben. Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

4.2 Geben Sie bitte an, seit wie langer Zeit die aktuellen, jetzt vorliegenden Probleme/ Beschwerden andauern? Bitte schreiben Sie in das zutreffende Feld die passende Zahl (z.B. bei Jahre 2, wenn die Beschwerden seit 2 Jahren andauern). :

() Tage () Wochen () Monate () Jahre () seit dem ich mich erinnern kann

4.3 Nennen Sie bitte typische Situationen, in denen das Problem/die Beschwerden besser bzw. schlechter werden:

(1) Situationen, in denen es besser geht:

(2) Situationen, in denen es schlechter geht:

4.4 Bitte schildern Sie eine Situation in Stichworten, wo das Problem besonders stark auftritt:

Auslösende Situation (z.B. Streit mit Partner):

Was denken Sie in dieser Situation?:

Was fühlen Sie in dieser Situation?:

Wie reagiert Ihr Körper?:

Wie verhalten Sie sich in dieser Situation?:

Was sind die Folgen dieses Verhaltens?:

4.5 Sofern das Problem/die Beschwerden bereits mehrfach in der Vergangenheit aufgetreten und wieder abgeklungen sind, geben Sie bitte eine kurze Schilderung des zeitlichen Verlaufs (wann traten Beschwerden das erste mal auf, in welcher Situation, wie lange hielten sie an, wie und wann kam es zum erneuten Auftreten, bitte geben Sie alle wichtigen Beschwerdeperioden an, geben Sie auch an, ob es zu einem vollständigen Abklingen oder nur einem teilweisen Abklingen der Beschwerden kam etc.):

4.6 Sind das Problem/die Beschwerden in der Vergangenheit bereits mehrfach aufgetreten und wieder abgeklungen? () ja () nein, wenn nein, seit wie langer Zeit halten die Beschwerden an:

4.7 Vorbehandlungen

Noch nie in Psychotherapie	Mehrfache Psychotherapien	War bereits in VT	War vorher in TP oder Psychoanalyse
Andere Therapie:	Weiß nicht, welche Therapie es war	Nur medikamentöse Vorbehandlung	Ambulante Vorbehandlung
Stationäre Vorbehandlung	Psychosomatische Klinik	Psychiatrische Klinik	Stationäre Entziehungsbehandlung
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	Vorherige Behandlungen wirkungslos	Gute Erfolge in vorherigen Behandlungen	Habe bis heute aus Vorbehandlungen gelernt
Konnte Fortschritte nicht aufrechterhalten	Vorherige Behandlung vorzeitig abgebrochen		

Es ist wichtig, dass Sie genauere Informationen zu den Vorbehandlungen geben! Wenn Sie Berichte haben, geben Sie diese bitte Ihrem Therapeuten /Therapeutin. Schildern Sie (gerne in Stichpunkten): Wann (Jahreszahlen) und wie oft waren Sie wo in Therapie? Differenzieren Sie zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Was geschah in der Therapie? Welche Fortschritte und welche Probleme gab es? Wie kommt es nach Ihrer Ansicht dazu, dass die damalige Behandlung nicht ausreichte, Sie nunmehr wieder Therapie benötigen? Haben Sie durch die Vortherapien etwas gelernt? Wenn ja, bitte schildern Sie. Benutzen Sie ggf. die Rückseite:

Warum haben die Vorbehandlungen Ihrer Meinung nicht so ausgereicht, dass Sie jetzt keine Behandlung mehr bedürfen? :

Haben Sie etwas aus den Vorbehandlungen gelernt? Bitte angeben:

4.8. Ihr eigenes Erklärungsmodell

Noch einmal abschließend in eigenen Worten? Wie sehen Sie selbst Ihre psychische Problematik? Was sind die Ursachen? Was sind die Folgen? Was sind Ihre Befürchtungen? Was sind Ihre Hoffnungen?

4.9 Ihre Therapieziele in eigenen Worten

Bitte schildern Sie Ihre Therapieziele in eigenen Worten. Was möchten Sie verändern? Was möchten Sie lernen?

5. Eigeneinschätzung der Persönlichkeit

Bitte beschreiben Sie durch Ankreuzen in kurzer Form Besonderheiten ihrer Persönlichkeit. Sie an, inwiefern die folgenden Verhaltens- und Erlebensbeschreibungen auf Sie meistens zutreffen oder nicht. Es trifft nie eine Beschreibung ganz zu, geben Sie einfach an, wie eine Schilderung passt oder nicht. Bitte seien Sie dabei offen und selbstkritisch, denn nur so kann ihnen geholfen werden. Achtung: Es geht nicht um kurzfristige Symptome (z.B. im Rahmen ihrer jetzigen akuten Beschwerden), sondern um langjährige Verhaltens.- und Erlebensbesonderheiten, die zu Ihrer Persönlichkeit gehören.

1. Empfindlichkeit	(nein) (eher nein) (eher ja) (ja)
2. Groll, schwer vergeben	(nein) (eher nein) (eher ja) (ja)
3. Misstrauen	(nein) (eher nein) (eher ja) (ja)
4. Streitereien und Bestehen auf eigenen Rechten	(nein) (eher nein) (eher ja) (ja)
5. Schnell Zweifel an sexueller Treue von Partner	(nein) (eher nein) (eher ja) (ja)

6. Selbstbezogen, Überheblichkeit	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
7. Verschwörungen erklären vieles	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
8. Wenig Freude an den meisten Aktivitäten	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
9. Emotionale Kühle und Distanziertheit im Auftreten	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
10. Kann warme Gefühle & Ärger schwer zeigen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
11. Wenig Interesse für Lob und Kritik	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
12. Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
13. Bevorzuge Aktivitäten, die ich allein ausführen kann	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
14. Viel in meinen Fantasien	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
15. Habe oder wünsche keine engen Freunde	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
16. Merke manchmal nicht, wenn ich gegen Konventionen verstoße	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
17. Kann herzlos sein	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
18. Verstoße gegen Regeln und Verpflichtungen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
19. Kann Beziehungen leicht eingehen, aber nicht aufrechterhaltene	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
20. Schnelle Frustration und Gewalttätigkeit	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
21. Kaum Schuldgefühle	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
22. Lerne schwer aus negativen Erfahrungen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
23. Mache andere verantwortlich, rechtfertige mich	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
24. Plötzliches Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
25. Neigung zu Streitereien und Konflikten	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
26. Ausbrüche von Wut und Gewalt schwer kontrollierbar	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
27. Kann Handlungen schwer beibehalten, wenn diese nicht sofort belohnt werden	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
28. Neigung zu unbeständiger/launischer Stimmung	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
29. Weiß nicht, was ich wirklich will und wer ich bin	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
30. Neigung zu intensiven, aber instabilen Beziehungen mit Krisen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
31. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
32. Wiederholt Drohung mit Selbstschädigung oder Selbstverletzungen/Suizidversuche	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
33. Gefühl der inneren Leere	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
34. Auftreten gerne dramatisch und theatralisch,	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
35. Schnelle Beeinflussbarkeit durch Stimmungen oder andere	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
36. Gefühle sind labil und oberflächlich	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
37. Möchte ständig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
38. Unangemessen verführerisches Auftreten	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
39. Übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu sein	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
40. Oft Gefühle von Zweifel und Vorsicht	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
41. Lege sehr Wert auf Details, Regeln und Ordnung	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
42. Übermäßig gewissenhaft und genau	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
43. Zu hohe Leistungsbezogenheit	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
44. Vernachlässige Vergnügungen für die Arbeit	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
45. Pedanterie, Befolgung sozialer Konventionen in übertriebener Weise	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
46. Eigensinn	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
47. Bestehe darauf, dass andere meine Gewohnheiten annehmen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
48. Abneigung dagegen, andere etwas machen zu lassen.	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
49. Andauernd angespannt und besorgt	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
50. Fühle mich sozial unbeholfen, minderwertig oder unattraktiv,	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
51. Übertriebene Sorge, in sozialen Situationen abgelehnt zu werden	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
52. Persönliche Kontakt nur, wenn ich weiß, dass ich gemocht werde	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)

53. Einschränkung des Lebensstiles wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
54. Vermeide berufliche/soziale Aktivitäten aus Furcht vor Kritik oder Ablehnung.	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
55. Erlaube anderen, für mich die meisten wichtigen Entscheidungen zu treffen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
56. Ordne meine Bedürfnisse Personen, von denen ich abhängе, unter	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
57. Mangelnde Bereitschaft, Ansprüche gegenüber Personen, von denen ich abhängе, zu äußern	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
58. Fühle mich hilflos/unbehaglich bei dem Gedanken, allein für mich sorgen zu müssen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
59. Oft Angst, verlassen zu werden	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
60. Treffe Alltagsentscheidungen nur mit zahlreichen Ratschlägen und Bestätigungen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
61. Erlebe mich als eine bedeutsame Person	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
62. Beschäftige mich mit Fantasien von unbegrenztem Erfolg, Macht Scharfsinn, Schönheit oder idealer Liebe	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
63. Bin so einmalig, das sich nur von besonderen Personen verstanden werde	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
64. Möchte bewundert werden	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
65. Erwarte besonders günstige Behandlung/Erfüllung meiner Ansprüche	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
66. Nutze Beziehungen für eigene Zwecke	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
67. Zeige wenig Mitgefühl	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
68. Bin neidisch	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
69. Werde beneidet	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)
70. Zeige arrogante, hochmütige Verhaltensweisen	(nein)	(eher nein)	(eher ja)	(ja)

Bitte kreuzen Sie im Hinblick auf die oben benannten besonderen Persönlichkeits-Tendenzen/Verhaltensweisen:

- Die Besonderheiten führen bei mir zu einem Leidensdruck/einer Minderung meiner Lebenszufriedenheit
- Die Besonderheiten schädigen andere oder meine soziale Anpassung
- Die Besonderheiten bestehen seit meiner Kindheit
- Die Besonderheiten bestehen seit meinem jungen Erwachsenenalter
- Die Besonderheiten bestanden früher nicht, bestehen aber jetzt seit..... aufgrund von

6 . Biographische Entwicklung

- 6.1 Bitte nennen Sie in Stichworten wichtige, angenehme oder unangenehme Erlebnisse/Ereignisse (z.B. Kindergarten, Schule, Krankheiten, Probleme mit Eltern oder Lehrern, Scheidung der Eltern, Heimaufenthalte, Pubertätsprobleme, Umzüge, Schulwechsel, Auszug aus dem Elternhaus u.s.w.) in Ihrer Biographie. Nennen Sie bitte nur besonders wichtige Erlebnisse. Schreiben Sie jeweils in Klammern Ihr Alter während der Erlebnisse:

6.2 Familie (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

6.2.1 Atmosphäre im Elternhaus/dort, wo aufgewachsen (unterstreichen Sie bitte, was zutrifft):

harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, gefühllos, durch Streit geprägt, durch Bestrafung geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich, wechselhaft, gewalttätig, vernachlässigend, chaotisch, überordentlich, ängstlich-sorgenvoll, streng, einengend, pedantisch, nur auf Leistung bezogen, regellos, willkürlich, zurückweisend, lobend, unterstützend, zu viel Verantwortung, allein lassend, überfürsorglich, nicht loslassend, Alkohol- oder Drogenkonsum der Eltern/Bezugspersonen, Gewalt zwischen den Eltern/Bezugspersonen

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten die Atmosphäre des Aufwachsens in Kindheit und Jugend:

6.2.2. Mutter

Alter bei Geburt:.....

Falls verstorben: Jahr..... Todesursache.....

Beruf:.....

Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitige Beziehung:

Bitte beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil der Mutter (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendungen, Strenge):

Konnten Sie der Mutter vertrauen? :

Fühlten Sie sich von der Mutter akzeptiert? :

Fühlten Sie sich von der Mutter geliebt? :

Was hat Ihnen am meisten bei Ihrer Mutter gefehlt/ was hätten Sie sich von ihr gewünscht? :

6.2.3 Vater

Alter bei Geburt:.....

Falls verstorben: Jahr..... Todesursache.....

Beruf:.....

Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung:

Bitte beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil des Vaters: (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendungen, Strenge):

Konnten Sie dem Vater vertrauen? :

Fühlten Sie sich von dem Vater akzeptiert? :

Fühlten Sie sich von dem Vater geliebt? :

Was hat Ihnen am meisten bei Ihrem Vater gefehlt/ was hätten Sie sich von ihm gewünscht? :

6.2.4 Ehe der Eltern

Gab es viel Streit und Auseinandersetzungen zwischen den Eltern? Kam es zu Gewalttätigkeit? Trennten sich die Eltern oder ließen sie sich scheiden? Bitte schildern Sie:

6.2.5 Geschwister

Brüder: wie viele? Alter? Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehungen früher und heute.

Schwestern: wie viele? Alter? Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehungen früher und heute.

6.2.6 Andere wichtige Bezugspersonen in Kindheit und Jugend, bitte schildern Sie:

6.2.7 Kindheit und heute: Sehen Sie Zusammenhänge zwischen Ihrer Kindheit und Ihrer jetzigen Problematik? Bitte schildern Sie diese kurz

6.3 Schullaufbahn (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Ich war in der Schule sehr schüchtern und gehemmt, Ich war in der Schule frech und aufsässig,
 Ich habe in der Schule immer gestört, Ich hatte in der Schule keine Freunde, Ich konnte mich nie konzentrieren und war hyperaktiv, Ich habe mich in der Schule nicht ausreichend bemüht,
 Ich war in der Schule sehr strebsam, Die Schule ist mir schwer gefallen, Die Schule ist mir leicht gefallen

Bitte geben Sie alle Schulformen (z.B. Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium) an, die sie besuchten, mit Jahresangaben (von - bis) an:

Bitte schildern Sie, wenn es irgendwelche Probleme in der Schule gab. Gab es Probleme mit den Mitschülern, Lehrern, Schulleistungen? Gibt es Zusammenhänge zu Ihrer heutigen Problematik?

6.4 Berufsausbildungen/Weiterbildungen (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Alle Ausbildungen abgebrochen niemals Ausbildung absolviert

Geben Sie alle Berufsausbildungen und Weiterbildungen an, die sie absolvierten. Bitte mit Jahresangaben (von - bis), Abschlüssen und besonderen Ereignissen/Erlebnissen. Gibt es Zusammenhänge zur heutigen Problematik?:

6.5 Berufstätigkeit (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Niemals oder höchstens sehr kurz arbeitstätig gewesen, Ständiger Wechsel der Arbeitsstellen, Eigentlich nie Lust zur Arbeit gehabt, Immer wieder Mobbing erlebt, Zu stark auf Arbeit fokussiert (perfektionistisch)

Als was arbeiten Sie derzeit oder sind sie arbeitslos/erwerbsunfähig? Ggf: Wie lange sind Sie bereits erwerbslos? Sind Sie mit Ihrer Arbeitsplatzsituation zufrieden? Wenn nein, bitte erläutern. Wie ist Ihre finanzielle Situation? Gibt es Zusammenhänge zu Ihrer heutigen Problematik?

Bitte kreuzen Sie an, was zutrifft für ihr Verhalten/Erleben auf der jetzigen Arbeitsstelle:

<input type="checkbox"/> Ich arbeite zu viel	<input type="checkbox"/> Ich wehre mich nicht	<input type="checkbox"/> Ich ordne mich unter	<input type="checkbox"/> Ich bin isoliert
<input type="checkbox"/> Ich werde gemobbt	<input type="checkbox"/> Ich bin objektiv überfordert	<input type="checkbox"/> Ich mache zu viele Fehler	<input type="checkbox"/> Mir gefällt Arbeit nicht
<input type="checkbox"/> Ich bemühe mich zu wenig	<input type="checkbox"/> Ich bin unfreundlich zu Kollegen	<input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor der Arbeit	<input type="checkbox"/> Ich fehle oft wegen Krankheit

Waren Sie bereits vorher woanders berufstätig? Bitte geben Sie alle Arbeitstätigkeiten an, bitte mit Jahresangaben, schildern Sie besondere Ereignisse. Gibt es Zusammenhänge zu Ihrer heutigen Problematik?

Bitte kreuzen Sie an, was bei früheren Arbeitsstellen auftrat:

<input type="checkbox"/> Ich arbeitete zu viel	<input type="checkbox"/> Ich wehrte mich nicht	<input type="checkbox"/> Ich ordnete mich unter	<input type="checkbox"/> Ich war isoliert
<input type="checkbox"/> Ich wurde gemobbt	<input type="checkbox"/> Ich war objektiv überfordert	<input type="checkbox"/> Ich machte zu viele Fehler	<input type="checkbox"/> Mir gefiel Arbeit nicht
<input type="checkbox"/> Ich bemühte mich zu wenig	<input type="checkbox"/> Ich war unfreundlich zu Kollegen	<input type="checkbox"/> Ich hatte Angst vor der Arbeit	<input type="checkbox"/> Ich fehlte oft wegen Krankheit

6.6 Partnerschaft und Sexualität (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

6.6.1 Wie ist Ihre sexuelle Orientierung?:

heterosexuell homosexuell bisexuell pansexuell (Geschlecht egal)

6.6.2 Welche Einstellungen hatten Ihre Eltern gegenüber Sexualität

6.6.3 Wann hatten Sie Ihre ersten sexuellen Erlebnisse? Bitte beschreiben Sie:

6.6.4 Haben Sie jemals sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalt erlebt? Wenn ja, bitte beschreiben Sie

6.6.5 Gibt es aktuell sexuelle Probleme? Bitte schildern Sie:

6.6.6 Haben Sie behandlungsbedürftige sexuelle Probleme? Bitte schildern Sie:

6.7 Angaben zur Partnerschaft (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Aktuelle Partnerschaft

6.7.1 Wie lange Zeit besteht Ihre Partnerschaft/Ehe? (Bitte schreiben Sie in die Klammer die jeweils zutreffende Zahl: () Tage () Wochen () Monate () Jahre

6.7.2 Sind Sie in Ihrer Partnerschaft zufrieden? Wenn nein, bitte beschreiben Sie. Gibt es Zusammenhänge zu Ihrer heutigen Problematik?

6.7.3 Bitte beschreiben Sie in Stichworten die Person Ihres Partners:

6.7.4 Kommt oder kam es oft zu Streit oder gar gewalttätigen Auseinandersetzungen? Bitte beschreiben Sie:

Bitte kreuzen Sie an, was auf jetzige Partnerschaft zutrifft:

Ich ordne mich unter	Ich wehre mich nicht	Ich werde beschimpft	Ich werde geschlagen
Partner ist sehr eifersüchtig	Partner kontrolliert mich	Ich bin sehr eifersüchtig	Ich schimpfe oft
Ich werde gewalttätig	Ich kontrolliere Partner	Ich bleibe nur aus Angst vor Trennung	Es ist keine Liebe mehr
Es gibt keine gemeinsamen Aktivitäten	Es gibt keine gemeinsamen Freunde	Partnerschaft leidet unter meinen Problemen	Partnerschaft steht vor Trennung

Vergangene Partnerschaften

6.7.5 () Ich hatte niemals eine Partnerschaft, Wenn ja, bitte erläutern, warum und ob Sie darunter leiden:

6.7.6 In welchem Alter erlebten Sie Ihre erste Partnerschaft?

6.7.7 Bitte zählen Sie chronologisch alle bedeutsamen Partnerschaften auf, einschließlich zeitlicher Angaben (z.B. von 1975-1978) und Gründe für die Trennungen (gegebenenfalls Rückseite benutzen).

Bitte kreuzen Sie an, was auf frühere Partnerschaften zutraf:

Ich ordnete mich unter	Ich wehrte mich nicht	Ich wurde beschimpft	Ich wurde geschlagen
Partner war sehr eifersüchtig	Partner kontrollierte mich	Ich war sehr eifersüchtig	Ich schimpfte oft
Ich wurde gewalttätig	Ich kontrollierte Partner	Ich blieb nur aus Angst vor Trennung	Es war keine Liebe mehr
Es gab keine gemeinsamen Aktivitäten	Es gab keine gemeinsamen Freunde	Partnerschaft litt unter meinen Problemen	Ich trennte mich
Partner trennte sich	Wir trennte uns beide	Friedfertige Trennung	Konfliktäre Trennung

6.7.8 Gibt es Zusammenhänge zwischen früheren Partnerschaften und Ihrer heutigen Problematik?

6.8 Kinder

Bitte füllen Sie folgendes nur aus, wenn Sie Kinder haben.

6.8.1 Geben Sie bitte das Alter und Geschlecht Ihrer Kinder an:

6.8.2 Ist das Verhältnis zu Ihren Kindern insgesamt harmonisch? Bitte beschreiben Sie bestehende Schwierigkeiten. Gibt es Zusammenhänge zu Ihrer Problematik?

Bitte kreuzen Sie an, was zutrifft

Ich bin mit Erziehung überfordert	Ich kann Kind nicht fördern	Ich reagiere gereizt	Ich reagiere gewalttätig
Bin mit Erziehung allein	Jugendamt unterstützt Erziehung	Kind ist sehr schwierig	Kind ist gewalttätig
Kind schwänzt Schule	Partner und ich haben Divergenzen in Erziehung	Kind leidet unter Trennung	Kind leidet unter meinen Problemen

6.9 Kriminalität (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

Bereits straffällig geworden	Einmal verurteilt	Mehrfach verurteilt	Einmal im Gefängnis
Mehrfach im Gefängnis	Gewaltstraftat begangen	Eigentumsdelikt begangen	Sexualstraftat begangen

Bitte schildern Sie im freien Text (gerne auf Rückseite) ihre Straffälligkeit, Ursachen, Verhaltensweisen und Konsequenzen, einschließlich Datierungen, Verurteilungen und Haftstrafen.

7. Kurze Zusammenfassung zeitlicher Daten

Bitte geben Sie die folgenden Angaben, um einen Überblick über Ihre altersbezogene Entwicklung anhand wichtiger Lebensereignisse zu gewährleisten. Wenn eine Frage auf Sie nicht zutrifft, lassen Sie sie einfach aus:

Alter bei Trennung/Scheidung der Eltern

Alter bei der Einschulung:

Alter beim Schulabschluss:

Alter beim Auszug aus dem Elternhaus:

Alter beim Eintritt in ein Heim/Internat:

Alter beim Verlassen des Heimes/Internates:

Alter beim Beginn der Berufsausbildung/Studium:

Alter beim Abschluss der Berufsausbildung/Studium:

Alter beim Beginn der Berufstätigkeit:

Alter bei Beendigung der Arbeitstätigkeit:

Alter beim Beginn wichtiger Lebenspartnerschaften (mit Komma getrennt):

Alter bei Trennungen/Tod des Lebenspartners (mit Komma getrennt):

Alter bei der Geburt der Kinder (mit Komma getrennt):

Alter beim erstmaligen Auftreten psychischer Beschwerden:

Alter beim erstmaligen Aufenthalt in der Psychiatrie:

Alter beim Tod der Mutter:

Alter beim Tod des Vaters:

Lebensalter bei weiteren für Sie wichtigen Ereignissen:

8 Sonstiges:

Bitte beschreiben Sie alles, was noch wichtig ist, aber bisher nicht erwähnt wurde: