

Erhebungsbogen für Verhaltenstherapie (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. Im Rahmen von strukturierter textbasierter Auswertung und Supervision zur Qualitätssicherung und dadurch auch zur Beschleunigung der Erstellung des Antrages zur Übernahme der Therapie an Ihre Krankenkasse wird dieser Bogen gegebenenfalls (ohne die Nennung Ihres Namens) anderen psychologischen Kollegen zur Verfügung gestellt. Dies dient Ihrem Interesse an einer baldigen und effizienten Behandlung. 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.

0. Initiative zur Psychotherapie

- Ich komme aus eigener Initiative zur Psychotherapie
- Mir wurde eine Psychotherapie empfohlen durch:

1. Demographische Daten

Geburtsdatum:

Anfangsbuchstabe des Nachnamens:

Alter:

Geschlecht: M W anders (benennen):

Schulabschluss (höchster):

Berufsausbildung:

Berufstätigkeit (derzeit):

Familienstand:

Lebenspartnerschaft, wenn ja, welcher Form?

allein stehend, wenn ja, seit wann und wodurch?

Kinder: ja nein, wenn ja, Anzahl der Kinder:

Wenn ja, Alter der Kinder:

Bitte Größe und Gewicht angeben: m kg

2. 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):

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

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

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

3.3 Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft und zu Beeinträchtigungen führt:

Körperlich

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzasen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Würgegefühl |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzstiche | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hautjucken |
| <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Hyperventilation | <input type="checkbox"/> Überblähung/ Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Fleckigkeit/Farbveränderung Haut |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> Ohnmachten | <input type="checkbox"/> Häufiger Durchfall | <input type="checkbox"/> Unangenehme Empfindungen Genitalbereich |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Häufiger Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Vaginaler Ausfluss |
| <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Außergewöhnliche Ermüdbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Ganzkörperschmerzen | <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Schwächeperioden |
| <input type="checkbox"/> Muskelspannung | <input type="checkbox"/> Kälteschauer | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Deutlicher Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Taubheit/Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme (Wie viel?) |

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen/
Engegefühl | <input type="checkbox"/> Erröten | <input type="checkbox"/> Schlechter Geschmack | <input type="checkbox"/> Deutliche Appetitsteigerung |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Magenbrennen | <input type="checkbox"/> Belegte Zunge | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme
(Wie viel?) |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Druckgefühl/Kribbeln/
Unruhe im Magen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Brennen der Haut | <input type="checkbox"/> Kribbeln im Magen | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Übermäßiger Schlaf |
| <input type="checkbox"/> morgendliches
Früherwachen (2 oder mehr
Stunden vor gewohnter Zeit) | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Schreien im Schlaf | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste und Sorgen | <input type="checkbox"/> Panikgefühle | <input type="checkbox"/> Spannungsgefühle | <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit |
| <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Resignation | <input type="checkbox"/> Hilflosigkeit | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeitsgefühle | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gefühlsleere |
| <input type="checkbox"/> Wut & Ärgergefühle | <input type="checkbox"/> Gefühlsschwankungen | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Euphorie |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Unruhegefühle | <input type="checkbox"/> Unwirklichkeitsgefühle | <input type="checkbox"/> Überempfindlich |

Selbstachtung, Selbstbild & Zukunftsperspektiven

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

Leistungsfähigkeit

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Denkprobleme | <input type="checkbox"/> Keine Ausdauer |
| <input type="checkbox"/> Entscheidungsprobleme | <input type="checkbox"/> Denkfähigkeit | <input type="checkbox"/> Ablenkbarkeit | |

Sexualität

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lustunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme | <input type="checkbox"/> Kein Orgasmus | <input type="checkbox"/> Orgasmus zu schnell |
| <input type="checkbox"/> Hemmungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Sex | <input type="checkbox"/> Ekel vor Sex | <input type="checkbox"/> Angst vor Versagen |
| <input type="checkbox"/> Kein Interesse an Sexualität | <input type="checkbox"/> Sexsucht | <input type="checkbox"/> 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

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

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Zigaretten | <input type="checkbox"/> Heroin/Opiate | <input type="checkbox"/> LSD/Halluzinogene |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Speed | <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Beruhigungs-/Schlafmittel | <input type="checkbox"/> Schnüffelstoffe | <input type="checkbox"/> Koffein/andere Stimulantien (angeben): | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erschöpft | <input type="checkbox"/> Energielos | <input type="checkbox"/> Ausgelaugt | <input type="checkbox"/> am Ende |
| <input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb | <input type="checkbox"/> Ermüdbarkeit | <input type="checkbox"/> Agitiert/gesteigerter Bewegungsdrang | <input type="checkbox"/> Bewegungshemmung |

Ungewöhnliches Denken/Empfinden/Verhalten

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich werde verfolgt | <input type="checkbox"/> Ich werde beobachtet | <input type="checkbox"/> Stimmen Hören | <input type="checkbox"/> Visuelle Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Medien berichten über mich | <input type="checkbox"/> Gedanken werden gelesen | <input type="checkbox"/> Gedanken werden entzogen | <input type="checkbox"/> Bin religiös auserwählt |
| <input type="checkbox"/> Körper/Organe verändern sich | <input type="checkbox"/> Alles ist inszeniert | <input type="checkbox"/> Größengedanken | <input type="checkbox"/> Ufo-/Außerirdischenkontakte |
| <input type="checkbox"/> Ich fühle mich entfernt/nicht richtig hier, obwohl ich es bin | <input type="checkbox"/> Wie in einem Schauspiel, obwohl es nicht so ist | <input type="checkbox"/> Fühle mich fremd/verloren | <input type="checkbox"/> 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.):

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muss ständig Händewaschen | <input type="checkbox"/> Muss ständig duschen | <input type="checkbox"/> Muss ständig putzen | <input type="checkbox"/> Muss ständig ordnen |
| <input type="checkbox"/> Muss ständig kontrollieren | <input type="checkbox"/> Muss ständig Dinge wiederholen | <input type="checkbox"/> Muss ständig zählen | <input type="checkbox"/> Kann Schmutz nicht ertragen |
| <input type="checkbox"/> Befürchte ständig Katastrophen | <input type="checkbox"/> Befürchte ständig Verschmutzung | <input type="checkbox"/> Befürchte ständig, jemanden zu schaden/verletzen | <input type="checkbox"/> Muss ständig beten, um Schaden abzuwenden |
- Andere sich aufdrängende Zwänge:

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?

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:

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

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

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Autofahren | <input type="checkbox"/> Verreisen | <input type="checkbox"/> Tunnel |
| <input type="checkbox"/> Brücken | <input type="checkbox"/> Fahrstühle | <input type="checkbox"/> Fliegen | <input type="checkbox"/> Geschlossene Räume |
| <input type="checkbox"/> Höhen | <input type="checkbox"/> Laute Geräusche | <input type="checkbox"/> Kinder | <input type="checkbox"/> Tiere, benennen: |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen in Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> Menschenmengen | <input type="checkbox"/> Orte, wo Flucht schwer möglich | <input type="checkbox"/> Orte, wo keine Hilfe, wenn Panikattacke auftritt |
| <input type="checkbox"/> Alleine außer Haus | <input type="checkbox"/> In Schlange stehen | <input type="checkbox"/> Fremde Personen | <input type="checkbox"/> Leistungssituationen |
| <input type="checkbox"/> Wo ich bewertet werde | <input type="checkbox"/> Wo ich mich blamieren kann | <input type="checkbox"/> Allein zu Hause | <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Anhaltende Erinnerungen	<input type="checkbox"/> Lebendige Erinnerungen	<input type="checkbox"/> Aufdrängende Erinnerungen		<input type="checkbox"/> Wiedererleben/Flashbacks
<input type="checkbox"/> Träume vom Trauma	<input type="checkbox"/> Unterdrückung der Erinnerungen	<input type="checkbox"/> Vermeidung an das Trauma erinnernder Situationen		<input type="checkbox"/> Große Angst, wenn ähnlichen Situationen ausgesetzt
<input type="checkbox"/> Teilweise Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	<input type="checkbox"/> Vollständige Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	<input type="checkbox"/> Starke Sorgen und Übervorsichtigkeit		<input type="checkbox"/> Durch Trauma nach wie vor extrem psychisch belastet

Beeinträchtigungen von Essverhalten/Gewicht/Körperbild:

Meine Größe (eintragen):

Mein Gewicht (eintragen):

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

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

- 4.1
- Ich habe genug Sozialkontakte
 - Ich verfüge über zu wenig Sozialkontakte
 - Ich habe nur Bekannte, 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
- 4.2 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:

- 4.3 wegen meiner Beschwerden sind meine Aktivitäten reduziert
- 4.4 wegen meiner Beschwerden führe ich fast keine Freizeitaktivitäten mehr durch
- 4.5 insgesamt hatte ich schon immer zu wenig Freizeitaktivitäten. Bitte Grund angeben:

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

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsüberlastung | <input type="checkbox"/> Familiäre Überlastung | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Selbstunsicherheit | <input type="checkbox"/> Keine Ideen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

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

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

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

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftskonflikte | <input type="checkbox"/> Gewalt durch Partner | <input type="checkbox"/> Tod des Partners | <input type="checkbox"/> Partnerschaftstrennung |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Kindern | <input type="checkbox"/> Tod von Kind | <input type="checkbox"/> Streit mit Eltern | <input type="checkbox"/> Streit mit Freunden |
| <input type="checkbox"/> Verlust von Freundschaft | <input type="checkbox"/> Tod von Elternteilen | <input type="checkbox"/> Tod von anderen Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> Tod von Freunden |
| <input type="checkbox"/> Eigene körperliche Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung von Freunden | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit | <input type="checkbox"/> Berentung | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel | <input type="checkbox"/> Zu viel Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Konflikte am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Opfer von Kriminalität | <input type="checkbox"/> Monotonie |

Andere:

5.1 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:

5.2 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

5.3 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:

5.4 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?:

5.5 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.):

5.6 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:

5.7 Vorbehandlungen

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Noch nie in Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Mehrfache Psychotherapien | <input type="checkbox"/> War bereits in VT | <input type="checkbox"/> War vorher in TP oder Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Andere Therapie: | <input type="checkbox"/> Weiß nicht, welche Therapie es war | <input type="checkbox"/> Nur medikamentöse Vorbehandlung | <input type="checkbox"/> Ambulante Vorbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Vorbehandlung | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik | <input type="checkbox"/> Stationäre Entziehungsbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Vorherige Behandlungen wirkungslos | <input type="checkbox"/> Gute Erfolge in vorherigen Behandlungen | <input type="checkbox"/> Habe bis heute aus Vorbehandlungen gelernt |
| <input type="checkbox"/> Konnte Fortschritte nicht aufrechterhalten | <input type="checkbox"/> 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 benötigen? :

Haben Sie etwas aus den Vorbehandlungen gelernt? Bitte angeben:

5.8. 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?

5.9 Ihre Therapieziele in eigenen Worten

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

6. 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 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Groll, schwer vergeben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Misstrauen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Streitereien und Bestehen auf eigenen Rechten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Schnell Zweifel an sexueller Treue von Partner | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Selbstbezogen, Überheblichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 7. Verschwörungen erklären vieles | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 8. Wenig Freude an den meisten Aktivitäten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 9. Emotionale Kühle und Distanziertheit im Auftreten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 10. Kann warme Gefühle & Ärger schwer zeigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 11. Wenig Interesse für Lob und Kritik | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 12. Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 13. Bevorzuge Aktivitäten, die ich allein ausführen kann | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 14. Viel in meinen Fantasien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 15. Habe oder wünsche keine engen Freunde | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 16. Merke manchmal nicht, wenn ich gegen Konventionen verstoße | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 17. Kann herzlos sein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 18. Verstoße gegen Regeln und Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 19. Kann Beziehungen leicht eingehen, aber nicht aufrechterhaltene | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 20. Schnelle Frustration und Gewalttätigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 21. Kaum Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 22. Lerne schwer aus negativen Erfahrungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 23. Mache andere verantwortlich, rechtfertige mich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 24. Plötzliches Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 25. Neigung zu Streitereien und Konflikten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 26. Ausbrüche von Wut und Gewalt schwer kontrollierbar | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 27. Kann Handlungen schwer beibehalten, wenn diese nicht sofort belohnt werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 28. Neigung zu unbeständiger/launischer Stimmung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 29. Weiß nicht, was ich wirklich will und wer ich bin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 30. Neigung zu intensiven, aber instabilen Beziehungen mit Krisen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 31. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 32. Wiederholt Drohung mit Selbstschädigung oder Selbstverletzungen/Suizidversuche | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 33. Gefühl der inneren Leere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 34. Auftreten gerne dramatisch und theatralisch, | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 35. Schnelle Beeinflussbarkeit durch Stimmungen oder andere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 36. Gefühle sind labil und oberflächlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 37. Möchte ständig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 38. Unangemessen verführerisches Auftreten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |
| 39. Übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu sein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja | <input type="checkbox"/> ja |

40. Oft Gefühle von Zweifel und Vorsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Lege sehr Wert auf Details, Regeln und Ordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Übermäßig gewissenhaft und genau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Zu hohe Leistungsbezogenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Vernachlässige Vergnügungen für die Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pedanterie, Befolgung sozialer Konventionen in übertriebener Weise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Eigensinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Bestehe darauf, dass andere meine Gewohnheiten annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Abneigung dagegen, andere etwas machen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Andauernd angespannt und besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Fühle mich sozial unbeholfen, minderwertig oder unattraktiv,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Übertriebene Sorge, in sozialen Situationen abgelehnt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Persönliche Kontakt nur, wenn ich weiß, dass ich gemocht werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Einschränkung des Lebensstiles wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Vermeide berufliche/soziale Aktivitäten aus Furcht vor Kritik oder Ablehnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Erlaube anderen, für mich die meisten wichtigen Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ordne meine Bedürfnisse Personen, von denen ich abhängе, unter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Mangelnde Bereitschaft, Ansprüche gegenüber Personen, von denen ich abhängе, zu äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Fühle mich hilflos/unbehaglich bei dem Gedanken, allein für mich sorgen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Oft Angst, verlassen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Treffe Alltagsentscheidungen nur mit zahlreichen Ratschlägen und Bestätigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Erlebe mich als eine bedeutsame Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Beschäftige mich mit Fantasien von unbegrenztem Erfolg, Macht Scharfsinn, Schönheit oder idealer Liebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Bin so einmalig, das sich nur von besonderen Personen verstanden werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Möchte bewundert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Erwarte besonders günstige Behandlung/Erfüllung meiner Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Nutze Beziehungen für eigene Zwecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Zeige wenig Mitgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Bin neidisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Werde beneidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Zeige arrogante, hochmütige Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen im Hinblick auf die oben benannten 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

7 . Biographische Entwicklung

7.1 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:

7.2 Familie (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

7.2.1 Atmosphäre im Elternhaus/dort, wo aufgewachsen (kruezen Sie bitte an, was zutrifft):

- harmonisch*, *angespannt*, *konfliktvermeidend*, *gefühlskalt*, *durch Streit geprägt*
 durch Bestrafung geprägt, *ruhig*, *hektisch*, *liebepoll*, *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:

7.2.2 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? :

7.2.3 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? :

7.2.4 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:

7.2.5 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.

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

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

7.3 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?

7.4 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?:

7.5 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	Ich ordne mich unter	Ich bin isoliert
<input type="checkbox"/> Ich werde gemobbt	<input type="checkbox"/> Ich bin objektiv überfordert	Ich mache zu viele Fehler	Mir gefällt Arbeit nicht
<input type="checkbox"/> Ich bemühe mich zu wenig	<input type="checkbox"/> Ich bin unfreundlich zu Kollegen	Ich habe Angst vor der Arbeit	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 |

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

7.6.1 Wie ist Ihre sexuelle Orientierung?:

- heterosexuell homosexuell bisexuell pansexuell (Geschlecht egal)

7.6.2 Welche Einstellungen hatten Ihre Eltern gegenüber Sexualität

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

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

7.6.5 Gibt es aktuell sexuelle Probleme? Bitte schildern Sie:

7.6.6 Haben Sie behandlungsbedürftige sexuelle Probleme? Bitte schildern Sie:

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

Aktuelle Partnerschaft

7.7.1 Wie lange Zeit besteht Ihre Partnerschaft/Ehe? (Bitte schreiben Sie die jeweils zutreffende Zahl:

Tage Wochen Monate Jahre

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

7.7.3 Bitte beschreiben Sie in Stichworten die Person Ihres Partners:

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

Bitte kreuzen Sie an, was auf jetzige Partnerschaft zutrifft:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich ordne mich unter | <input type="checkbox"/> Ich wehre mich nicht | <input type="checkbox"/> Ich werde beschimpft | <input type="checkbox"/> Ich werde geschlagen |
| <input type="checkbox"/> Partner ist sehr eifersüchtig | <input type="checkbox"/> Partner kontrolliert mich | <input type="checkbox"/> Ich bin sehr eifersüchtig | <input type="checkbox"/> Ich schimpfe oft |
| <input type="checkbox"/> Ich werde gewalttätig | <input type="checkbox"/> Ich kontrolliere Partner | <input type="checkbox"/> Ich bleibe nur aus Angst vor Trennung | <input type="checkbox"/> Es ist keine Liebe mehr |
| <input type="checkbox"/> Es gibt keine gemeinsamen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Es gibt keine gemeinsamen Freunde | <input type="checkbox"/> Partnerschaft leidet unter meinen Problemen | <input type="checkbox"/> Partnerschaft steht vor Trennung |

Vergangene Partnerschaften

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

7.7.6 In welchem Alter erlebten Sie Ihre erste Partnerschaft?

7.7.7 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:

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

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

7.8 Kinder

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

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

7.8.2 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

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin mit Erziehung überfordert | <input type="checkbox"/> Ich kann Kind nicht fördern | <input type="checkbox"/> Ich reagiere gereizt | <input type="checkbox"/> Ich reagiere gewalttätig |
| <input type="checkbox"/> Bin mit Erziehung allein | <input type="checkbox"/> Jugendamt unterstützt Erziehung | <input type="checkbox"/> Kind ist sehr schwierig | <input type="checkbox"/> Kind ist gewalttätig |
| <input type="checkbox"/> Kind schwänzt Schule | <input type="checkbox"/> Partner und ich haben Divergenzen in Erziehung | <input type="checkbox"/> Kind leidet unter Trennung | <input type="checkbox"/> Kind leidet unter meinen Problemen |

7.9 Kriminalität (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bereits straffällig geworden | <input type="checkbox"/> Einmal verurteilt | <input type="checkbox"/> Mehrfach verurteilt | <input type="checkbox"/> Einmal im Gefängnis |
| <input type="checkbox"/> Mehrfach im Gefängnis | <input type="checkbox"/> Gewaltstraftat begangen | <input type="checkbox"/> Eigentumsdelikt begangen | <input type="checkbox"/> Sexualstraftat begangen |

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

10. 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:

11 Sonstiges:

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