

Allgemeine Angaben zur Person

Name/ Vorname

Anschrift

Telefon

email

Geburtsdatum

Beschreibung Ihrer Beschwerden und Erkrankungen

1. Unterstreichen Sie bitte, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen:

depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv - immer fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos - kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - Angst das Haus zu verlassen - manchmal nehme ich meine Umgebung als leblos wahr - Angst zu reisen - sehr schnell ablenkbar - ich habe das Gefühl „neben mir zu stehen“ - die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst - mein Körper ist mir fremd - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst sich zu blamieren - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich - emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle ohne Grund - Selbstmordversuche - dauerhaft Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - müde - kraftlos - ich fühle mich wertlos - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor - ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern - ständig nervös - ich habe Schuldgefühle - mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme - ich kann mich oft nicht entscheiden - Angst zu sterben

Herzrasen - Schmerzen in der Brust - Schlaflosigkeit - Schmerzen im Rücken/ in den Schultern/ im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Schwindel - Magenbeschwerden - erhöhte Muskelspannung - meine Haut juckt/brennt/fühlt sich taub an - Gewichtsverlust - Oberbauchbeschwerden - Engegefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweißausbrüche - Taubheitsgefühle - Kribbeln - Übelkeit – Benommenheit

Sonstiges:



2. Derzeitiger Stand des Problems

- a) Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, weswegen Sie zur Therapie kommen:

- b) Geben Sie bitte kurz Aufschluss darüber, wann Ihre Beschwerden oder Probleme zum ersten Mal auftraten und wie sie sich bis jetzt entwickelt haben:

- c) Schätzen Sie bitte auf einer Skala ein, wie belastend Sie Ihr(e) Probleme empfinden:

1	2	3	4	5
Leicht Beunruhigend	mittel- schwer	sehr schwer	äußerst schwer	unerträglich

- d) Befinden Sie sich zurzeit (außer in dieser Praxis) in psychologischer Behandlung?

- e) Falls ja, nennen Sie kurz die Behandlung und das Problem

- f) Nehmen Sie regelmäßig/ unregelmäßig vom Arzt und/ oder selbst verordnete Medikamente?

- g) Wenn ja, welche:

- h) Wie viele Mengen Alkohol nehmen Sie täglich/ wöchentlich zu sich?

- i) Wie viel Kaffee trinken Sie täglich?

- j) Konsumieren Sie Cannabinoide?
Wenn ja, welche Mengen konsumieren Sie täglich/ wöchentlich?



l) Haben Sie Ihre Familie in Ihrer Kindheit als unterstützend empfunden?

Ja:

Nein, weil:

m) Ich erinnere mich an folgende Schwierigkeiten oder Besonderheiten in meiner Kindheit (z.B. Stottern, Bettnässen, Adoption, Daumenlutschen, Nägelkauen, Alpträume etc.):

n) Welche besonderen Lebensereignisse haben Sie in Ihrer Kindheit erlebt? (Scheidung der Eltern, schwerwiegende Krankheiten, Todesfälle etc)

o) Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Problemen und Ihrer Kindheit?

4. Belastungen

Fand bei Ihnen eines der belastenden Lebensereignisse statt? (Bitte ankreuzen, ein Stichwort und Jahreszahl hinzufügen)

- Tod des (Ehe-) Partners/ in.....
- Trennung.....
- Scheidung.....
- Tod eines Angehörigen.....
- Tod des eigenen Kindes.....
- Erhebliche eigene Erkrankungen.....
- Verlust des Arbeitsplatzes.....
- Erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen.....
- Schwangerschaftsabbruch.....
- Berufswechsel.....



5. Aktuelle Lebenssituation

Partnerschaft, Ehe und Familie

a) Angaben zum Partner (Name, Alter, Beruf)

b) Familienstand

Verheiratet seit.....

Ledig.....

Geschieden seit.....

Verwitwet seit.....

Mit Partner/in zusammen lebend seit.....

c) Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres/r Partner/in (5 Eigenschaften):

d) In welchen Bereichen stimmen Sie mit Ihrem/r Partner/in überein?

e) Gibt es in der Partnerschaft ein größeres Problem, das noch nicht angesprochen wurde?

f) Hat Ihr Partner/in psychische oder physische Schwierigkeiten?

g) Empfinden Sie Ihre Beziehung als Unterstützend?

Sehr unterstützend

gar nicht unterstützend

h) Denken Sie daran sich manchmal zu trennen?

Sehr oft

nie

i) Wie empfinden Sie Ihre Sexualität?

Sehr befriedigend

sehr unbefriedigend



- j) Haben Sie Kinder? (Namen, Alter)
- k) Beschreiben Sie kurz die Beziehung zu Ihren Kindern:
- l) Gibt es besondere Schwierigkeiten mit Ihren Kindern?

6. Freunde und Bekannte

- a) Wie viele Freunde/ Bekannte haben Sie?
 - b) Wie häufig ist der Kontakt zu Ihren Freunden/ Bekannten?
 - c) Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung Ihrer Freunde/ Bekannten?
Sehr zufrieden sehr unzufrieden
-

7. Arbeit und berufliche Tätigkeiten

- a) Aktueller Beruf/ Tätigkeit
- b) Befriedigt Sie die Tätigkeit die Sie zur Zeit ausüben?
Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?
- c) Haben Sie Schwierigkeiten an Ihrem Arbeitsplatz?
Wenn ja, welche?
- d) Fühlen Sie sich in Ihren Aufgaben übermäßig belastet?
Wenn ja, inwiefern?
- e) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?



8. Ihre Persönlichkeit

8.1. Selbstbeschreibungen

a) Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft:

Offen, wertlos, aktiv, nutzlos, glücklich, Leben ist sinnlos, schlagfertig, dumm, entschlossen, unfähig, liebevoll, mache nichts richtig, schuldig, gutmütig, schreckliche Gedanken, humorvoll, voller Hass, fürsorglich, ängstlich, gelassen, getrieben, kontaktfreudig, selbstunsicher, geduldig, warmherzig, aggressiv, ruhig, hässlich, zuversichtlich, unattraktiv, belastbar, deprimiert, neige zu Panik, fähig, einsam, Leben hat Sinn, werden gebraucht, missverstanden, vernünftig, gelangweilt, optimistisch, ohne Hoffnung, gescheit, ruhelos, attraktiv, verwirrt, sympathisch, im Konflikt, wertvoll, verschlossen.

b) Welche positiven Seiten haben Sie?

c) Welche Rolle spielt Spiritualität/ Religion in Ihrem Leben?

d) Was halten Sie für eine unvernünftige Idee?

e) Wie sieht es aus, wenn Sie die Kontrolle oder Beherrschung verlieren?

Beschreiben Sie bitte solch eine Situation:

f) Welches sind Ihre größten Ängste?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

Ich bin ein Mensch der.....

Während meines ganzen Lebens.....

Seit meiner Kindheit.....



Eine Sache auf die ICH stolz bin.....

Es fällt mir schwer zuzugeben, dass.....

Eines der Dinge die ich nicht vergeben kann.....

Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil.....

Eine der Arten wie mich Andere verletzen können.....

Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen haben.....

Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe.....

Wenn ich nicht Angst hätte ich selbst zu sein, dann.....

Eines der Dinge über die ich mich ärgere.....

Was ich von meiner/m Frau/ Mann brauche, aber nie erhalten habe.....

Der Nachteil beim Erwachsen werden ist.....

Ein Weg wie ich mir selbst helfen könnte, es aber nicht tue ist.....

Einer der Vorteile meine Schwierigkeiten zu haben ist.....

Wenn ich mich trauen würde spontan zu sein würde ICH.....

8.2.Fremdbeschreibung

- a) Mein/e Partner/in würde mich wahrscheinlich so beschreiben (Stichworte).....
- b) Mein/e bester Freund/in würde mich wahrscheinlich so beschreiben (Stichworte).....

9.Problemanalyse

- a) Welche Vermutungen haben Sie selbst über die Ursachen Ihrer Probleme?
- b) Wann und wo treten Ihre Probleme vor allem auf?
- c) Wann und wo treten Ihre Probleme gar nicht oder selten auf?
- d) Was würde passieren, wenn Sie sofort Ihre Probleme und Beschwerden verlieren würden?

- e) Welche typischen Gedanken haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?
- f) Welche Gefühle sind mit Ihren Problemen verbunden?
- g) Wie reagiert Ihr Körper beim Auftreten Ihrer Probleme?
- h) Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt- wie versuchen Sie sich zu helfen?
- i) Wie reagieren andere Personen, wenn Ihr Problem auftritt?

10. Problemfreie Lebensbereiche und Selbsthilfemöglichkeiten

- a) Was erleben Sie in Ihrer jetzigen Lebenssituation als Stütze und Stabilität?
- b) Welche Lebensbereiche sind von Ihrem Problem verschont geblieben?
- c) Welche Fähigkeiten stehen Ihnen trotz des Problems zur Verfügung?
- d) Welche Menschen stehen Ihnen als Stütze oder Hilfe zur Verfügung?
- e) Was sind Ihre Freizeitbeschäftigungen, Hobbys und Interessen?

11. Therapieziele

- a) Nennen Sie Ihre wichtigsten 3 Therapieziele die Sie erreichen wollen
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....



- b) Welchen Einfluss wird das Erreichen Ihrer Ziele auf Ihr Leben haben?

- c) Wie schätzen Sie die Bereitschaft Ihrer/s Lebenspartners/in ein, an einer Erreichung Ihrer Therapieziele mitzuwirken?

12. Ihre Erwartungen an die geplante psychotherapeutische Unterstützung

- a) Was müsste sich an Ihrer Lebenssituation verändern, damit Sie die unter Punkt 11 genannten Ziele erreichen?

1.....
2.....
3.....

- b) Was müssten Sie an sich selbst verändern, damit Sie diese Ziele erreichen?

1.....
2.....
3.....

- c) Für wie wahrscheinlich halten Sie die Möglichkeit der Besserung Ihrer Beschwerden durch psychotherapeutische Unterstützung?

Unmöglich möglich wahrscheinlich sicher sehr sicher

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

