

## Erhebungsbogen für Verhaltenstherapie (Kurzversion)

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. 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 Behandlung suchen. Geben Sie auch an, seit wann die Beschwerden bestehen. Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:
- 2.3 Bitte geben Sie in Stichworten alle körperlichen Beschwerden an:

Ärztliche Untersuchungen führten zu keiner hinreichenden Erklärung der Beschwerden durch eine körperliche Erkrankung

Es gibt folgende Diagnosen durch Ärzte (bitte benennen):

### Bitte kreuzen Sie an:

#### Schlafprobleme

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

#### Emotionale Probleme

Ängste und Sorgen	Panikgefühle	Traurigkeit	Resignation
Niedergeschlagenheit	Freudlosigkeit	Hilflosigkeit	Hoffnungslosigkeit
Einsamkeitsgefühle	Lustlosigkeit	Reizbarkeit	

#### Selbstachtung, Selbstbild & Zukunftsperspektiven

Schuldempfinden	Verbitterung	Geringer Selbstwert	Ich bin unfähig
Selbsthass	Ich bin nichts wert	Selbstmordgedanken	Selbstmordpläne
Minderwertigkeitsgefühle	Ich verliere die Kontrolle	Ich traue mir nichts zu	Alle anderen sind besser

Es wird alles schlimmer	Ich muss vor Angst sterben	Ich halte nicht durch	Ich sehe schwarz
Ständiges Grübeln	Es hat alles keinen Sinn	Wiederkehrende Gedanken an den Tod	Ich werde zugrunde gehen

### Leistungsfähigkeit und Energetik

Gedächtnisschwierigkeiten	Konzentrationsprobleme	Entscheidungsprobleme	Keine Ausdauer
Erschöpft	Energieelos	Ausgelaugt	am Ende

### 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	Befürchte ständig Verschmutzung	Befürchte ständig, jemanden zu schaden/ verletzen	Muss ständig beten, um Schaden abzuwenden
Andere sich aufdrängende Zwänge:			

### 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:

### Bitte nennen Sie andere Ängste:

### 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
-------------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------

Lebensgeschichtlicher Fragebogen

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:

Häufige Diäten	Angst vor Gewichtszunahmen	Stark untergewichtig	Ständige Gewichtskontrolle
Einnahme von Abführmitteln zur Gewichtsreduktion	Exzessiver Sport zur Gewichtsreduktion	Erlebe mich als zu dick	Einsatz von Erbrechen zur Gewichtsreduktion
Einnahme von Appetitzüglern	Chronisch erhöhter Nahrungsmittelkonsum	Essattacken mit Konsum großer Mengen an Nahrungsmitteln	Essen bei Stress und Belastungen
Alle sagen, ich bin zu dünn, ich fühle mich aber dick	Ich will weiter mein Gewicht reduzieren	Stark übergewichtig	

#### **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 Bekannter, aber keine Freunde  
 Wegen meiner Beschwerden ziehe ich mich von Sozialkontakten zurück  
 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  
 Ich neige zu Wutausbrüchen  
 Ich werde körperlich gewalttätig
- 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     meine Beschwerden haben keinen Einfluss auf meine Freizeitaktivitäten
- 4.6     insgesamt hatte ich schon immer zu wenig Freizeitaktivitäten. Bitte Grund angeben:

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

- 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. Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

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 Hatten Sie früher bereits ähnliche Beschwerden? Bitte skizzieren Sie die damalige Symptomatik, Auslöser und Verlauf:

5.5 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?:

### **5.6. Vorbehandlungen**

Bitte beschreiben Sie Vorbehandlungen, Daten und Ergebnisse. 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:

### **5.7. 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?

### **5.8 Ihre Therapieziele in eigenen Worten**

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

## 7 . Biographische Entwicklung

### 6.1 Familie (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

6.1.1 Atmosphäre im Elternhaus/dort, wo aufgewachsen (kreuzen Sie bitte an, 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:

#### 7.2.2 Mutter

Alter bei Geburt:.....

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

Beruf:.....

Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit und den Erziehungsstil der Mutter (Strenge, Zuwendung, Strafen, Gewalt, Vernachlässigung, Förderung) und ihre heutige Beziehung zu ihr:

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, den Erziehungsstil des Vaters (Strenge, Zuwendung, Strafen, Gewalt, Vernachlässigung, Förderung) und ihre heutige Beziehung zu ihm:

Konnten Sie dem Vater vertrauen? :

Fühlten Sie sich von dem Vater akzeptiert? :

Fühlten Sie sich von dem Vater Mutter 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.

### 7.3 Schullaufbahn (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

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?

### 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:

### 7.5 Berufstätigkeit (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

Als was arbeiten Sie derzeit oder sind sie arbeitslos/erwerbsunfähig? Wenn Sie arbeitslos sind, seit wann? Wenn Sie berentet sind, seit wann? Sind Sie mit Ihrer Arbeitsplatzsituation zufrieden? Wenn nein, bitte erläutern:

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

Ich arbeite zu viel

Ich wehre mich nicht

Ich ordne mich unter

Ich bin isoliert



Ich werde gemobbt	Ich bin objektiv überfordert	Ich mache zu viele Fehler	Ich mache zu viele Fehler
Ich bemühe mich zu wenig	Ich bin unfreundlich zu Kollegen	Ich habe Angst vor der Arbeit	Ich habe Angst vor der Arbeit

Waren Sie bereits vorher woanders berufstätig? Bitte geben Sie relevante Arbeitstätigkeiten mit Jahresangaben an und schildern Sie besondere Ereignisse oder Probleme:

## 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 Haben Sie jemals sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalt erlebt? Wenn ja, bitte beschreiben Sie und geben Sie auch an, in welcher Beziehung missbrauchende Person zu Ihnen stand (fremd, befreundet, verwandt etc.):

7.6.3 Gibt es aktuell 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 in die Klammer die jeweils zutreffende Zahl:  Tage  Wochen  Monate  Jahre

7.7.2 Sind Sie in Ihrer Partnerschaft zufrieden? Wenn nein, bitte beschreiben Sie:

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:

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

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 (ggf. die Rückseite benutzen). Bitte schildern Sie auch in Stichworten, wenn es besondere Probleme in den Beziehungen gab.

### **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 oder gibt es Probleme? Bitte beschreiben Sie bestehende Probleme:

### **10. Sonstige:**