

## Erhebung für Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

### Lieber Patient, liebe Patientin,

die Absicht dieser Erhebung besteht darin, ein erstes Bild von Ihnen und der Umwelt zu bekommen, in der Sie leben.

Wenn Sie diese Erhebung so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie sich und Ihrem Therapeuten die Durchführung der therapeutischen Behandlung. Das Erhebung dient als erster Schritt dazu, ihre Kraftquellen und Probleme zu erfassen, auslösende Bedingungen dafür zu erkennen und darauf aufbauend Therapieziele zu formulieren. Der Bogen ist in mehrere Teile gegliedert:

1. Widerstandskraft und Kraftquellen (Resilienz und Ressourcen)
2. Aktuelle Problematik
3. Lebensgeschichte
4. Aktuelle Lebenssituation
5. Problemanalyse
6. Therapiezielfindung

Die folgenden Fragen verdeutlichen Ihnen vielleicht bereits, dass wir davon ausgehen, dass der Mensch viele Ressourcen und Selbsthilfemöglichkeiten besitzt, die mit Hilfe einer verhaltenstherapeutischen Behandlung mobilisiert werden können. Ihr Therapeut selbst versteht sich als Begleiter und Wegweiser in der Therapie. Also Verhaltenstherapie als Hilfe zur Selbsthilfe.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen.

Bitte planen Sie für diese Erhebung ausreichend störungsfreie Zeit ein und bringen Sie es ausgefüllt zum nächsten Gespräch mit. Damit wir zügig mit der therapeutischen Arbeit beginnen können ist es wichtig, dass Sie es möglichst innerhalb der ersten Woche ausfüllen. Oft reichen Stichworte. Wo **Ja / Nein** vorgegeben ist Unterstreichen Sie bitte. Wenn Sie auf Fragen treffen, die Sie nicht so genau beantworten können oder nicht verstehen, ist es in Ordnung, dass Sie Ihre ersten Gedanken dazu eintragen oder durch ein Fragezeichen kenntlich machen, dass Sie diese Frage im Einzelgespräch klären möchten. Bedenken Sie, die Erhebung ist ein erster, wichtiger Grundbaustein in der Therapie. Er soll die therapeutische Arbeit aber nicht ersetzen!

## TRUST-Resilienz-Fragebogen (RF15)

(Quelle: ID Institut Isermann/Diegelmann)

**Instruktion:** In diesem Teil des Fragebogens geht es um Ihre psychische Widerstandskraft (Resilienz) im Alltag. Ihre Aufmerksamkeit soll damit auf Resilienz fördernde Aspekte gelenkt werden. Bitte geben Sie an, wie Ihr momentanes Wohlbefinden in den nachfolgend genannten Bereichen ist (von 0 = gar nicht bis 10 = sehr). Stellen Sie sich dabei in etwa den **Zeitraum der letzten Woche, einschließlich heute** vor. Kreuzen Sie bitte spontan für jeden Bereich die am ehesten zutreffende Zahl an.

	gar nicht	sehr
1. Ich kann mich freuen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
2. Ich fühle mich mit Anderen verbunden	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
3. Ich vertraue auf „etwas Höheres“	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
4. Ich kann verschiedene Perspektiven einnehmen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
5. Ich kann mein Leben genießen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
6. Ich kann auf Anforderungen flexibel reagieren	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
7. Ich bin entschlossen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
8. Ich bewege mich ausreichend	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
9. Ich ernähre mich gut	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
10. Ich kann auf mein Leben Einfluss nehmen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
11. Ich blicke hoffnungsvoll in meine Zukunft	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
12. Ich habe Vertrauen in das Leben	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
13. Ich nehme mir Zeit für mich	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
14. Ich beschäftige mich damit, was mir gut tut	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
15. Ich kann mich gut abgrenzen	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

**Summieren Sie alle angekreuzten Zahlen zum TRUST-Resilienz-Gesamtwert:**

Bitte beantworten Sie die folgende Frage ebenfalls aus der Sicht der letzten Woche. Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit Ihrem Leben allgemein?

**Völlig unzufrieden**

**Völlig zufrieden**

0    1    2    3    4    5    6    7

### I. Angaben zur Symptomatik

**Die folgenden Fragen beziehen sich nun auf das Problem, unter dem Sie momentan am meisten leiden, auf den Grund Ihres Kommens (bei Platzbedarf ggf. Rückseite benutzen):**

Welche Probleme und Beschwerden waren ausschlaggebend, dass Sie in die stationäre Behandlung gekommen sind?

Seit wann bestehen die Probleme und Beschwerden?

Wie wirken sich die Probleme und Beschwerden auf ihren Alltag aus? Was konnten Sie nicht mehr so gut wie früher? Woran hindert Sie ihr Problem?

Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihr Problem (Beschwerden) vom ersten Auftreten bis heute entwickelt hat. Welche Veränderungen sind nach Beginn Ihrer Erkrankung in Ihrem Leben eingetreten?

Gab es in dem Jahr vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung in Ihrem Leben?

Was glauben Sie ist der Grund oder Auslöser für Ihre Probleme oder Beschwerden?

Haben Sie bereits zu irgendeinem früheren Zeitpunkt einen Psychotherapeuten aufgesucht oder waren Sie bereits in einer psychotherapeutischen Klinik?

Jahr	Dauer	Therapieform	Erfolgreich? Was verbessert?

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

Wie bezeichnen Angehörige Ihr Problem?

Wie bezeichnet Ihr Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut das Problem?

Wie stark, glauben Sie, sind Ihre Beschwerden:  
organisch bedingt? Zu \_\_\_\_\_%, psychisch bedingt? Zu \_\_\_\_\_%

Was glauben Sie, wie viel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen  
Sie selbst: \_\_\_\_\_%, andere: \_\_\_\_\_%

Wer oder was war ausschlaggebend, dass Sie jetzt eine stationäre Therapie machen möchten?

## II. Lebensgeschichtliche Zusammenhänge

1. Bitte unterstreichen Sie im Folgenden nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder heute noch bestehen:

Nägelknabbern – Haare ausreißen - Tics - Einnässen - Einkoten - Anfallsleiden - Entwicklungsverzögerung - Wachstumsstörung - Übergewicht - Untergewicht - Essstörungen (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht usw.) - Selbstverletzungen - Stehlen Lügen - Zündeln - Ausreißen - Schuleschwänzen – Konzentrationsstörungen- Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen - Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden - Magen-Darm-Beschwerden - Übelkeit - Missbrauch von Medikamenten, Alkohol und Suchtmitteln - Drogen - Atembeschwerden - Asthma –Minderwertigkeitsgefühle - Kontaktprobleme - Unselbstständigkeit - Ängste - Zwänge- Ordnungsdrang –Distanzlosigkeit- "Kasperleverhalten" - aggressives Verhalten – Selbstmordäußerungen - Traurigkeit

sonstiges

Bitte unterstreichen und ergänzen Sie nun, welche der unten genannten Probleme **heute als Erwachsene/r** auf Sie zutreffen:

häufige oder chronische Schmerzen - Schlafstörungen - Arbeitsstörungen - Angst vor Menschen - Unsicherheit -Minderwertigkeitsgefühle - Erröten - Zittern - Schwitzen Kloßgefühl - Angst vor dem Alleinsein - wechselnde körperliche Beschwerden Selbstmordgedanken - Sprachstörungen - Panikzustände - Partnerschaftsprobleme Grübeln - Verfolgungsgedanken - Überempfindlichkeit - Katastrophenphantasien Ohnmachtsanfälle - Angst vor Höhen - Angst in geschlossenen Räumen - Schuldgefühle - übertriebenes Sorgen - Zukunftsängste - Hilflosigkeit - Selbstmordversuche - Prüfungsangst - häufiger Arbeitsplatzwechsel - Schwindel - Herzbeschwerden - Magen-Darm-Beschwerden - Zwänge - Spielsucht - Arbeitssucht- Kontaktprobleme - Konflikte - Ärger - Alkoholmissbrauch – Beruhigungsmittel - Diäten - Drogen - Störungen des Essverhaltens - Lustlosigkeit – Überforderung - Unterforderung -

Entscheidungsprobleme - finanzielle Probleme - Alkohol- Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit - Einsamkeit – Konzentrationsschwierigkeiten Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit - Gewichtsverlust - Appetitverlust - unkontrollierte Wutausbrüche- Verlust sexueller Interessen – Asthma - sonstige körperliche Krankheiten

sonstiges

**I. Bitte beschreiben Sie hier für Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge die Sie zur heutigen Symptomatik sehen.**

**0-3 Jahre** (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindlicher Entwicklung. Wer hat Sie betreut? Wo sind Sie aufgewachsen? usw.)

**3-6 Jahre** (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

**6-10 Jahre** (z. B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Beziehung zu Erziehern, usw.)

**10-15 Jahre** (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme usw.)

**15-20 Jahre** (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht usw.)

**20-25 Jahre** (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbstständigkeitsentwicklung usw.)

**ab dem 25. Lebensjahr:**

**ab dem 50. Lebensjahr:**



### III. Aktuelle Lebensgeschichte

#### 1. Wichtige aktuelle Bezugspersonen

**Mutter:**

Alter bei Ihrer Geburt:  
falls verstorben: Jahr:

Beruf:  
Todesursache:

Beziehung zueinander früher:

heute:

**Vater:**

Alter bei Ihrer Geburt:  
falls verstorben: Jahr:

Beruf:  
Todesursache:

Beziehung zueinander früher:

heute:

**Geschwister: Vorname:** :

Alter bei Ihrer Geburt:  
falls verstorben: Jahr:

Beruf:  
Todesursache:

Beziehung zueinander früher:

heute:

**Geschwister: Vorname:**

Alter bei Ihrer Geburt:  
falls verstorben: Jahr:

Beruf:  
Todesursache:

Beziehung zueinander früher:

heute:

**Geschwister: Vorname:**

Alter bei Ihrer Geburt:  
falls verstorben: Jahr:

Beruf:  
Todesursache:

Beziehung zueinander früher:

heute:

Für weitere ggf. Extrablatt verwenden!



## 2. Familiäre Krankheitsanamnese

Welche der folgenden Erkrankungen trifft auf eines Ihrer Familienmitglieder zu?

1. schwere körperliche Erkrankungen:
2. seelische Erkrankungen:
3. Alkoholismus - Selbstmordversuche – Behinderungen:

Welche leiden unter ähnlichen Problemen wie Sie?

## 3. Partnerschaft:

Alter des Partners/der Partnerin:

Schulabschluss:

Beruf:

befreundet seit:

verheiratet seit:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

In welchen weniger gut?

Bitte zählen Sie noch frühere Freunde/innen bzw. Partnerschaften auf und deren Dauer:

## 4. Kinder

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes? (unterstreichen Sie)

Wenn Ja, wann?

Macht Ihnen das heute noch Probleme? **Ja /Nein**

In welcher Weise?

Haben Sie Kinder?

Name	Geschlecht	Alter	Schule/Beruf	Beziehung +/-	Spezielle Probleme

#### IV. Schulische / berufliche Laufbahn

Welche Schulzweige besuchten Sie (von - bis)

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Schulabschluss:

Durchschnittsnote:

Berufsausbildung:

von: bis

Berufsabschluss:

Berufswunsch Ihrer Eltern für Sie:

Eigener Berufswunsch:

Was glauben Sie, welche Leistungen erwarteten Ihre Eltern von Ihnen?

Vater:

Mutter:

Bisherige Arbeitsstellen:

Jetzige Tätigkeit seit:



Wie zufrieden sind Sie damit?

Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)	Ungenügend (6)

Wie viele Tage pro Woche \_\_\_\_\_ / Std. pro Tag \_\_\_\_\_ / Überstunden. pro Woche arbeiten Sie \_\_\_\_\_ Sind Sie damit zufrieden? Ja / Nein?

Wie ist das Arbeitsklima?

Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)	Ungenügend (6)

Veränderungswünsche:

Wie werten Sie Ihre finanzielle Situation?

Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)	Ungenügend (6)

## V. allgemeine Lebenssituation:

Wie werten Sie Ihre Wohnsituation?

Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)	Ungenügend (6)

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Haben Sie Bekannte oder Freunde bzw. einen Freundeskreis? (Dauer der Freundschaften, Gemeinsamkeiten, wie häufig treffen Sie sich?)

Welche Hobbys/Interessen haben Sie und wie häufig im Monat beschäftigen Sie sich damit?

Was möchten Sie an Ihrer aktuellen Lebenssituation verändern?

Was hindert Sie daran?

Wie versuchen Sie sich dabei selbst zu helfen?

## VI. Risikofaktoren

### 1. Suizidalität:

Haben Sie jemals incl. heute **daran gedacht** sich das Leben zu nehmen?

Ja / Nein

Wenn Ja, bitte in Stichworten:

Jahr	Was dachten Sie zu tun?	Warum? (Stichwort)	Was hinderte Sie, hielt Sie zurück?

Haben Sie jemals einschließlich heute **versucht** sich das Leben zu nehmen?

Ja / Nein

Wenn Ja, bitte in Stichworten:

Jahr	Wie/womit?	Warum?	Intensiv ja/nein	Andere Behandlung ja/ nein

### 2. Körperliche Vorerkrankungen:

Welche ärztlichen Diagnosen und Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt?

Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie durchgemacht?

Gab es oder gibt es körperliche Besonderheiten, derentwegen Sie sich schämen mussten oder gehänselt wurden?

### 3. Substanzgebrauch/Abhängigkeit

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie **in den letzten fünf Jahren** eingenommen haben?

Substanz	Was genau	gelegentlich/ regelmäßig	ungefähre Menge/Tag	erstmalig (Alter)	Letzter Konsum
Alkohol					
Nikotin					
Nicht verordnete Medikamente					
Drogen					

Spielen Sie? **Ja / Nein** Wenn ja was? \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringen Sie pro Tag am PC? \_\_\_\_\_ h.

Womit? Internetgames/ Foren/ Chat Rooms/ anderes? \_\_\_\_\_

Haben Sie hierdurch Schulden? **Ja / Nein** Wenn ja, wie hoch ungefähr? \_\_\_\_\_ €

#### 4. Ernährung:

Ernähren Sie sich auf eine besondere Art und Weise? **Ja / Nein** Wenn Ja wie?

Vegan – Vegetarisch – Low Carb – Atkins – Glutenfrei – Lactosefrei - \_\_\_\_\_?

Sorgen Sie sich um Ihr Gewicht? **Ja / Nein**

Aktuelles Gewicht:                      Körpergröße:

Haben Sie in besonderer Weise ab- oder zugenommen? **Ja / Nein** ; Wie viel? \_\_\_\_\_ Kg.

Zählen Sie Kalorien? **Ja / Nein**

#### 5. Schlaf:

1. Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ h

2. Halten Sie dies für ausreichend? **Ja / Nein**

Leiden sie unter:	Ja/Nein	Wie oft kommt das vor? täglich wöchentlich, monatlich
Alpträumen		
Einschlafstörungen		
Durchschlafstörungen		
Unruhigen Beinen/Armen		
Früherwachen		
Tagesmüdigkeit		

#### 6. Sexualität

1. Wie ist ihre eigene Einstellung zu Sexualität?
2. Einstellung Ihrer Eltern gegenüber Sexualität?
3. Einstellung ihrer Geschwister gegenüber Sexualität?
4. Gab es für Ihr Sexualleben bestimmende Erlebnisse?
5. Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie? **Ja / Nein**
6. Erleben Sie ihre partnerschaftliche Sexualität als befriedigend oder gibt es Konflikte?

## VII. Bedingungsanalyse

### 1. Prägende Beziehungserfahrungen

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie (z.B. harmonisch -liebepoll - angespannt – Konflikt vermeidend - durch Streit geprägt - ruhig - chaotisch - hektisch - unpersönlich - überfürsorglich – Anteil nehmend - konsequent - inkonsequent - kontrollierend - freizügig - sexuell gehemmt - sexuell übergriffig - usw.)?

Unterstreichen Sie Zutreffendes und/oder beschreiben Sie die Atmosphäre mit Ihren eigenen Worten:

Wie erlebten Sie die Beziehung Ihrer Eltern zueinander? (z.B. harmonisch -liebepoll - angespannt – Konflikt vermeidend - durch Streit geprägt - ruhig - chaotisch - hektisch - unpersönlich - überfürsorglich – Anteil nehmend - konsequent - inkonsequent - kontrollierend - freizügig - sexuell gehemmt - sexuell übergriffig - usw.)?

Unterstreichen Sie Zutreffendes und/oder beschreiben Sie die Atmosphäre mit Ihren eigenen Worten:

Wie war der Umgang mit Gefühlen? (z.B. offen – annehmend – betont – prägten den Umgang miteinander - verschlossen – wurden nicht angesprochen – vermieden - inkonsequent beantwortet - als unangemessen erachtet - ins Lächerliche gezogen – gewürdigt - berücksichtigt - als wertvoll angesehen) Unterstreichen Sie Zutreffendes und/oder beschreiben Sie die Atmosphäre mit Ihren eigenen Worten:

### 1.1. Beziehung zur Mutter

Schreiben Sie bitte **einen** typischen Satz oder Aussage ihrer Mutter auf:

1.".....“

Welche für Sie besonders wichtigen Erfahrungen mit Ihrer Mutter prägen Sie heute noch?  
Durch welchen Einfluss ihrer Mutter wurden Sie zu der Person, die Sie heute sind? Was hat  
ihre Mutter Ihnen vermittelt, was oder wer Sie sind?

Wie war ihr Erziehungsstil (loben - ermutigend - abwertend - strafend - von Regeln und  
Prinzipien geprägt - zugewandt - streng - manchmal überfürsorglich - ängstlich - entmutigend  
-konsequent,- inkonsequent - unzuverlässig -, harmoniebedürftig - angespannt – Konflikt  
vermeidend - durch Streit geprägt - ruhig - chaotisch - hektisch - unpersönlich -  
überfürsorglich – Anteil nehmend - konsequent - inkonsequent – abweisend – verletzend  
usw.)?

Unterstreichen Sie Zutreffendes und/oder beschreiben Sie die Atmosphäre mit Ihren  
eigenen Worten:

Auf meine Erfolge/Misserfolge reagierte sie mit:

## 1.2. Beziehung zum Vater

Schreiben Sie bitte **einen** typischen Satz oder Aussage Ihres Vaters auf:

1.".....“

Welche für Sie besonders wichtigen Erfahrungen mit Ihrem Vater prägen Sie heute noch?  
Durch welchen Einfluss Ihres Vaters wurden Sie zu der Person, die Sie heute sind? Was hat  
Ihr Vater Ihnen vermittelt, wer Sie sind?

Wie war sein Erziehungsstil (loben - ermutigend - abwertend - strafend - von Regeln und  
Prinzipien geprägt - zugewandt - streng - manchmal überfürsorglich - ängstlich - entmutigend  
-konsequent,- inkonsequent - unzuverlässig -, harmoniebedürftig - liebevoll - Konflikt  
vermeidend - durch Streit geprägt - ruhig - chaotisch - hektisch - unpersönlich – Anteil -  
nehmend - kontrollierend - freizügig - beschämend - demütigend – abweisend – verletzend  
usw.)?

Unterstreichen Sie Zutreffendes und/oder beschreiben Sie die Atmosphäre mit Ihren  
eigenen Worten:

Auf meine Erfolge/Misserfolge reagierte er mit:

### 1.3. Andere wichtige Bezugspersonen

Gab es irgendwelche prägenden Erfahrungen mit anderen wichtigen Bezugspersonen (Geschwister- Freunde – Verwandte- Partner? Betreuer? Wenn ja: mit wem, auf welche Weise?

## 2. Verhaltensanalyse:

Wir wissen, dass es vielen Patienten nicht leicht fällt, sich mit dieser Problemanalyse zu beschäftigen und die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Wir verstehen sie als Vorbereitung und erste Ideenfindung für eine sinnvolle Therapieplanung, Ihr Therapeut wird diese Fragen im Einzelgespräch nochmals ausführlich mit Ihnen besprechen. Deshalb möchten wir sie ermutigen sich auf diesen „Erste-Ideen-Weg“ einzulassen, nicht lange zu Grübeln, sondern stattdessen mehr den ersten spontanen Gedanken dazu niederzuschreiben

### Problemverhalten:

Wie **verhalten** Sie sich typischerweise, wenn Ihr Problem auftritt? Was tun Sie, um sich in typischen Problemsituationen zu helfen?

### Auslöser:

In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme **gehäuft/stärker** auf?

In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme **nicht/seltener/schwächer** auf? Wann fühlen Sie sich besser?

### Automatismen:

Welche **typischen Gedanken über Sie selbst** treten üblicherweise in einer typischen Belastungssituation im Zusammenhang mit Ihrer Problematik auf?

Welche **Gefühle können Sie bei sich in solchen Situationen beobachten?**

Welche **körperlichen Reaktionen** erleben Sie dann **in solchen Situationen?**

## Konsequenzen

1. Welche **Folgen** hat ihr Lösungsverhalten/Bewältigungsversuch **kurzfristig?**  
Für Sie selbst:

Für andere:

2. Welche **Folgen** hat ihr Lösungsverhalten/Bewältigungsversuch **langfristig**?

Für Sie selbst:

Für andere:

### **Funktionsanalyse (Krankheitssinn):**

1. Was glauben Sie, welche Verhaltensweisen/Einstellungen hindern Sie, Ihr Problem zu lösen?
2. Was glauben Sie, auf welche **mögliche Überforderung oder Überbelastung** macht Ihr Problem/Krise Sie aufmerksam?
3. Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise, jedem Problem auch eine Chance, ein positiver Sinn liegen kann. **Welche Chance** sehen Sie in Ihrer aktuellen Krise?
4. Was möchten Sie gerne mit der **freien Zeit** tun, die Sie vielleicht haben werden, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?
5. Welche Personen außer Ihnen würden von einem **Therapieerfolg profitieren**?
6. **Wer unterstützt** Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?
7. Wann benutzen Sie Ihr Problem auch schon mal als **Ausrede**?
8. Was müsste passieren, damit Ihr Problem "**wie von selbst**" **verschwindet**?

### **Analyse weiterer Einflussfaktoren:**

#### **1. Kraftquelle, Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:**

Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß (früher - heute)? Was tut Ihnen gut?





spannungs-/Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen, Volkshochschulkurse, usw.)

Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens irgendetwas deutlicher oder bewusster geworden, das Ihnen helfen könnte, die Probleme selbst zu bewältigen?

Wer außer Ihnen hat noch Interesse daran, dass Sie eine Therapie machen?

Wer steht Ihrer Behandlung eher skeptisch oder ablehnend gegenüber?

Wieweit ist Ihre wichtigste Bezugsperson bereit, Ihnen bei der Veränderung zu helfen?

Welche Ihrer Bezugspersonen wären bereit, gelegentlich zu Therapiesitzungen mitzukommen?

Wie wünschen Sie sich idealer Weise die Beziehung zu Ihrer Therapeutin bzw. Ihrem Therapeuten?

Gibt es etwas, das Sie im Kontakt mit Ihrem Therapeuten befürchten?

### **VIII. Therapieziele:**

#### **Zielanalyse:**

1. Was möchten Sie in Bezug auf Ihr Problem (wieder) können?
2. Was möchten bzw. müssten Sie lernen oder wieder üben?
3. Worüber benötigen Sie mehr Klarheit? Formulieren Sie möglichst konkret, was Sie klären möchten?
4. Was müssen Sie evtl. an Ihrer Lebenssituation verändern?

#### **Übergeordnete Therapieziele:**



Welche drei Punkte von dem oben genannten sind für sie die wichtigsten Ziele?

Ziel 1:

Ziel 2:

Ziel 3:

Was wäre ihrer Meinung nach kurz-mittelfristig konkret zu tun, zu üben oder zu verändern, um diese Ziele zu erreichen? Bitte formulieren Sie jeweils wenigstens zwei **handlungsbezogene Zwischenziele**, die Ihnen in den nächsten Behandlungswochen auf Ihrem Weg zu Ihren übergeordneten Zielen helfen könnten diese auch zu erreichen.

**Zu Ziel 1:**

- Zwischenziel 1a:
- Zwischenziel 1b:

**Zu Ziel 2:**

- Zwischenziel 2a:
- Zwischenziel 2b:

**Zu Ziel 3:**

- Zwischenziel 3a:
- Zwischenziel 3b:

**Das war anstrengend, deshalb an dieser Stelle nochmals vielen Dank für Ihre ausführlichen Angaben und Mühe!!!**