



ANAMNESEFRAGEBOGEN (AF-V11) ©

Der Ihnen vorliegende **Anamnesefragebogen** soll dabei helfen, die für eine psychotherapeutische Behandlung notwendigen Informationen zusammenzutragen.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ruhe zu Hause. Unklarheiten und Verständnisfragen können Sie gerne in der Therapiesitzung besprechen. Falls Ihnen der Platz zum Ausfüllen nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die Rückseite oder legen ein Blatt bei.

Datum: _____ Name _____

Geb.-datum : _____ Familienstand: _____ Beruf: _____

BESCHWERDEN UND SYMPTOME

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten ausführlich und konkret unter welchen **Beschwerden / Symptomen** Sie leiden.

Welche der folgenden **Ereignisse oder Umstände** gingen dem Beginn Ihrer Beschwerden voran oder folgten auf den Beginn Ihrer Beschwerden? (Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

Umzug – Reise – Ausbildung – Prüfung – Berufswechsel – Heirat – Hausbau – Pubertät – Schwangerschaft – Geburten – Trennungen – Auszug der Kinder – Krankheit und Tod nahestehender Menschen – Enttäuschungen – Verschuldung – Arbeitslosigkeit – Versetzung in den Ruhestand – politische Ereignisse –

eine Erkrankung (welche?) _____

Sonstiges: _____

Welche der folgenden Benennungen sind für Sie gegenwärtig zutreffend? -Bitte unterstreichen -

1. viele Beschwerden in verschiedenen Körperregionen
2. Wechselnde körperlichen Beschwerden
3. Immer wieder dieselben körperlichen Beschwerden
4. Andauernder, quälender Schmerz
5. Müdigkeit nach kleinster Anstrengung
6. Schlafstörungen
7. Schlechtem Appetit
8. Schlechtem Selbstwertgefühl
9. Schuldgefühlen, sich als Versager fühlen
10. Morgens zu früh erwachen
11. Morgentief
12. Gehemmtheit
13. Appetitverlust / Gewichtsverlust
14. Sich sexuell lustlos fühlen
16. Angst vor ganz bestimmten Situationen
17. Erwartungsangst
18. Ständiger Ängstlichkeit, ohne sagen zu können, wovor
19. Vermeidung ganz bestimmter Situationen
20. Furcht, das Haus zu verlassen
21. Furcht, Geschäfte zu betreten
22. Furcht vor Menschenmengen
23. Furcht, öffentlich zu reisen
24. Vermeidung sozialer Situationen
25. Furcht vor Kritik oder Blamage
26. Erröten oder Händezittern in sozialen Situationen
27. Furcht vor ganz bestimmten Tieren
28. Angstattacken, immer wieder ohne Grund
29. Plötzlichem beängstigendem Herzklopfen
30. Anfällen von Brustschmerz
31. Anfällen von Erstickengefühl
32. Schwindelanfällen

33. Angst zu sterben
34. Furcht, die Kontrolle zu verlieren
35. Angst, wahnsinnig zu werden
36. Innerer Unruhe, keine Entspannung finden
37. Schwitzen oder Zittern
38. Furcht, krank zu werden oder zu sein
39. Sorge, andere könnten erkranken oder sterben
40. Angst vor der Zukunft
41. Häufigen Angst- bzw. Alpträumen
42. Quälenden, wiederkehrenden Gedanken, die ich nicht abstellen kann
43. Zwangsimpulsen (quälenden Impulsen, gegen die ich mich nur mühsam zur Wehr setzen kann)
44. Zwangshandlungen (z. B. häufiges Händewaschen)
45. Grübeln
46. Gefühl von Betäubtsein
47. Teilnahmslosigkeit
48. Schreckhaftigkeit
49. Zeitweiligem Verlust der Erinnerung
50. Zeitweilig nicht zu wissen, wer ich eigentlich bin
51. Zeitweilig die Umgebung nicht (richtig) wahrnehmen können
52. Zeitweilig bestimmte Körperteile nicht mehr bewegen können
53. Krampfanfälle (keine Epilepsie)
54. Empfindungsstörungen
55. Sehstörungen
56. Hörstörungen
57. Gedrückter Stimmung
58. Stimmungsschwankungen
59. Wenig oder keinem Antrieb
60. Mangel an Freude
61. Vermindertes Interesse
62. Sich schlecht konzentrieren können
63. Selbsttötungsgedanken
64. Angst, dick zu werden

- 65. Starken Gewichtsschwankungen
- 66. Fressanfällen
- 67. Selbst herbeigeführtem Erbrechen
- 68. Abneigung gegen Sex
- 69. Störungen der Erektion
- 70. Orgasmusstörung
- 71. Problemen beim Samenerguss
- 72. Verkrampfung der Vagina beim Geschlechtsverkehr
- 73. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- 74. Angst vor sexuellem Versagen
- 75. Überstarkem sexuellen Verlangen

Welche der oben genannten Symptome stellen Ihre Hauptbeschwerden dar? **Unterstreichen** Sie bitte Ihre **Hauptbeschwerden** in der obigen Liste **doppelt**.

Unter welchen **Begleitumständen** treten Ihre Hauptbeschwerden vermehrt oder verstärkt auf?

z. B. vor, während oder nach der Periode – in der Zyklusmitte – bei Stress – Zeitnot – Ärger – Sorgen – Wut – Trauer – Angst – Freude – bei der Arbeit – in der Freizeit – am Wochenende – im Urlaub – durch Wettereinflüsse – bei Ruhe – bei Bewegung – beim Sport – beim Alleinsein – unter Menschen – während des Schlafs – nach dem Schlaf – bei zu wenig Schlaf – bei zu viel Schlaf –

Sonstiges: _____

Wie haben sich Ihre Beschwerden bis heute **weiterentwickelt**?

Wodurch werden Ihre Beschwerden **schlimmer** und wodurch **verringern** sie sich?

Welche konkreten **Auswirkungen** haben Ihre Beschwerden auf Ihr Leben?

a) positive:

b) negative:

Was haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden **unternommen**? Mit welchem Erfolg?
Mit wessen Hilfe?

Auf **wessen Idee/Wunsch/Veranlassung** kommen Sie zur Therapie? Und warum haben Sie sich **gerade jetzt** für eine Therapie entschlossen?

Weshalb sind Sie gerade **zu mir** in Behandlung gekommen?

Haben Sie Vermutungen, wie Ihre **Hauptbeschwerden entstanden** sein könnten und womit sie zusammenhängen? Zutreffende Aussage bitte markieren und mit eigenen Worten ergänzen.

Verursacht durch schwerwiegende Umstände in meiner Vergangenheit

Ausgelöst durch aktuelle Lebensveränderungen

Ich habe keine rechte Idee, worauf meine Beschwerden zurückzuführen sind.

Auf welche Bereiche Ihres Lebens wirken sich Ihre Hauptbeschwerden besonders stark aus?

1. auf mein körperliches Wohlbefinden

2. auf mein Sexualleben

3. auf meinen Beruf und meine Leistungsfähigkeit

4. auf meine sozialen Kontakte (Familie, Partnerschaft, Freunde, Kollegen)

5. auf meine Zukunftsplanung und meine Zuversicht in die Zukunft

Waren Sie früher schon einmal in ambulanter und / oder stationärer **psychotherapeutischer Behandlung** ? Bitte nennen Sie

1. Anlass (bitte unterstreichen)

Suchterkrankung - Depression - Ängste - Zwänge - traumatische Erlebnisse - psychosomatische

Beschwerden - Essstörungen - Schlafstörungen - sonstige Beschwerden: _____

2. Zeitpunkt und Dauer _____

3. Name und Anschrift des Therapeuten bzw. der Klinik _____

Welchen **Erfolg** hatte(n) diese Behandlung(en)?

Bitte nennen Sie Ihre **aktuellen Ziele** für die jetzige Psychotherapie.
Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch in der vor Ihnen liegenden Psychotherapie erreichbar sein.
Bitte erläutern Sie zusätzlich mit konkreten Beispielen, woran Sie feststellen können, dass Sie das jeweilige Therapieziel erreicht haben.

Als wie gut schätzen Sie die **Chance** ein, die Therapie **erfolgreich** für sich zu nutzen.

(Bitte ankreuzen.)

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

sehr gute Chancen

sehr schlechte Chancen

LEBENSGESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

Situation vor der Geburt:

In welche Lebenssituation Ihrer Eltern wurden Sie hineingeboren, wie erging es Ihren Eltern zu der Zeit? Waren Sie ein "**Wunschkind**"? Sollten Sie ein **Junge/Mädchen** werden? Was ist ihnen bekannt zu **Schwangerschaft** und **Geburt**?

	<u>Vater</u>	<u>Mutter</u>
Alter bei Ihrer Geburt Falls verstorben: wann, Ursache ?	★ †	★ †
Beruf		
Bitte beschreiben Sie die Art und Persönlichkeit Ihres Vaters / Ihrer Mutter. Welche Eigenschaften hat / hatte er / sie ?		
Wie haben Sie ihren Vater / Ihre Mutter als Kind erlebt? Wie war er / sie Ihnen gegenüber? Was hat er / sie Ihnen gegeben? Was war positiv? Was, was hat gefehlt? Was war negativ? Waren oder sind Vater / Mutter Vorbild für Sie?		
Wie sieht Ihre Beziehung zu Ihrem Vater / zu Ihrer Mutter heute aus?		

Welche Personen außer den Eltern gehörten zu dem Haushalt, in dem Sie aufgewachsen sind? Wie war Ihre Beziehung zu diesen Personen?

Geschwister Name, Alter				
Wie sieht Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern aus ? früher				
heute				

Gab es andere **Bezugspersonen**, die in Ihrer Kindheit / Jugend für Sie bedeutungsvoll waren und wie haben Sie diese erlebt?

Bitte schildern Sie die **Beziehung Ihrer Eltern** zueinander. Wie war die **Atmosphäre** in Ihrem Elternhaus?

Bitte beschreiben Sie die **Art und Weise der Erziehung** durch Ihre Eltern:

Was haben Sie in Ihrem Elternhaus **positiv** erlebt, was haben Sie **vermisst**, was war **negativ**?

Haben Sie **Krisensituationen Ihrer Eltern / Bezugspersonen** miterlebt?
(z.B. Trennungen, Umzüge, Krankheiten etc.)

Wie alt waren Sie? Wie haben Sie das erlebt? Welche Rolle hatten Sie dabei?

Haben/hatten Sie eine bestimmte **Rolle** innerhalb der Familie? Welche?

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre religiöse Erziehung

Welche **Ereignisse und Erfahrungen** Ihres Lebens erachten Sie als **wichtig**? Bitte beschreiben Sie diese, vor allem im Hinblick darauf, wie Sie diese **erlebt** und bewertet haben und ordnen sie in die unten angegebenen **Lebensabschnitte** ein.

0-3 Jahre

(z.B. frühkindliche Entwicklung, von wem betreut, in welchem Rahmen aufgewachsen etc.)

3-6 Jahre

(z.B. Kindergarten, Wechsel Bezugspersonen, Kontakt zu anderen Kindern, Umzüge etc.)

6-10 Jahre

(z.B. Einschulung, Erfahrungen in der Schule, Freundschaften, Trennungen etc.)

10-15 Jahre

(z.B. Schulwechsel, erste Liebe, sexuelle Erfahrungen, Pubertät, Beziehung zu den Eltern etc.)

15-20 Jahre

(z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablöseprozess vom Elternhaus, Beziehung zum anderen Geschlecht etc.)

20 und weiter

(z.B. eigene Familie, Kinder, berufliche Entwicklung, Partnerschaften, Krankheiten etc.)

Was ist in den **letzten 5 Jahren** auf Sie zugekommen? (Nennen Sie ca. 5 Lebensereignisse)

Wenn Sie heute zurückblicken, wie **bewerten** bzw. **empfinden Sie Kindheit und Jugendalter insgesamt?**

SCHULBILDUNG UND BERUFLICHE ENTWICKLUNG

Grundschule _____ (von _____ bis _____):

Weiterführende Schulen (welche?) _____ (von _____ bis _____):

_____ (von _____ bis _____):

Wie sind Sie mit den Leistungsanforderungen aus der **Schule** zurechtgekommen? In welchen Fächern waren Sie gut / schlecht? Wie war Ihr Verhältnis zu Lehrkräften und MitschülerInnen.

Welchen Stellenwert hatten **Leistungen** (Noten, Zeugnisse etc.) bei Ihnen zu Hause? Wie haben Sie das erlebt?

Bitte beschreiben Sie Ihren weiteren **Ausbildungsverlauf** im Anschluss an die Schule bis heute mit ungefähren Jahresangaben und mit Angaben von Abschlüssen/ Examina.

Wenn Sie einen Beruf erlernt haben: War das Ihr eigener Berufswunsch oder Wunsch anderer?

Schildern Sie ggfs. bitte kurz Ihre aktuelle **Berufstätigkeit**. Welche Aufgaben haben Sie? Womit sind Sie zufrieden / unzufrieden?

Bitte schätzen Sie ein: Ich bin mit meiner Berufstätigkeit zu _____ % zufrieden.

Welche beruflichen Pläne haben Sie?

Haben Sie in Ihrem Leben finanzielle und/oder beruflich-existentielle **Krisen** erlebt? Wie schätzen Sie Ihre **finanzielle Situation heute** ein?

PARTNERSCHAFTEN / FAMILIE / AKTUELLE LEBENSITUATION

Leben Sie **zurzeit** in einer Partnerschaft / Ehe? Alter Ihres Partners / Ihrer Partnerin?
Seine / Ihre Berufstätigkeit

Seit wann kennen Sie sich / sind Sie befreundet / verheiratet?

Wie erleben Sie die **Beziehung**? Was gibt sie Ihnen, was fehlt Ihnen?

Schildern Sie bitte kurz mit eigenen Worten die **Art und Persönlichkeit** Ihres (Ehe-)Partners/Ihrer (Ehe-)Partnerin und sein / ihr Verhalten Ihnen gegenüber.

In welchen Bereichen sehen Sie **Übereinstimmung** / in welchen Bereichen **Gegensätze**?

Wie kommen Sie mit den **Verwandten** / **FreundInnen** Ihres Partners/ Ihrer Partnerin aus?

Haben Sie **Kinder**? (zum besseren Verständnis bitte mit Namen und Altersangabe)
Wie alt sind diese heute? Wie erleben Sie das Zusammenleben / die Beziehung zu Ihren Kindern?

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre **Kinder** durch Ihre Beschwerden und Symptome **mitbetroffen** sind. Wie reagieren Ihre Kinder darauf? Brauchen Ihre Kinder eine eigene Unterstützung bzw. Hilfestellung?

Wie ist Ihre **Wohnsituation**? Wie erleben Sie diese (pos.-neg.)?

Welche **Interessen** haben Sie? Wie verbringen Sie Ihre **Freizeit**? Mit wem? Wie zufrieden sind Sie damit? Was möchten Sie gerne verändern? Was soll unverändert bleiben?

SEXUALITÄT

Welchen Anteil hat Ihr aktueller Partner an Ihrer **sexuellen Entwicklung**.

Sind sie mit Ihrem **gegenwärtigen Sexualleben** zufrieden?
Was möchten Sie eventuell gerne daran **verändern**?

Bitte schätzen Sie ein: Ich bin mit meinem Sexualleben zu _____ % zufrieden.

Welchen Einfluss haben Ihre gegenwärtigen Probleme und Beschwerden auf Ihre Sexualität?

In welchem Alter haben Sie erste sexuelle Erfahrungen gemacht? Wie haben Sie die erlebt?

Haben Sie sexuelle Erfahrungen gemacht, die sich problematisch auf Ihr heutiges Sexualleben auswirken? Auf welche Weise?

KONTAKTE UND BEZIEHUNGEN

Wie sieht gegenwärtig Ihr **Freundes- und Bekanntenkreis** aus? Sind Sie damit zufrieden? Was wünschen Sie sich anders? Was soll so bleiben?

Wenn Sie Ihre freundschaftlichen Beziehungen, Ihre Erfahrungen mit Freunden / Freundinnen überdenken, erkennen Sie Ähnlichkeiten, gibt es da **wiederkehrende Erfahrungen**? Was war wesentlich?

Dauern Ihre freundschaftlichen Beziehungen eher lange an oder ändern sich öfter?

Gibt es gegenwärtig für Sie zugewandte, verlässliche Menschen?

Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, sich in andere hineinzusetzen?

Zeigen Sie anderen Menschen etwas von Ihrer Gefühlslage? Wie gut können Sie das?

Wie gehen Sie mit Konflikten um?

Wie gut können Sie Abschied nehmen und wie tun Sie es?

KÖRPERLICHE GESUNDHEIT

Sind Sie körperlich gesund, leiden Sie dauernd oder zeitweise unter **körperlichen** Beschwerden oder Krankheiten

- der Haut (z. B. Ausschläge, Juckreiz, Schwitzen, Trockenheit)?
- der Verdauungsorgane (z. B. Blähungen, Völlegefühl, Verstopfung)?
- der weiblichen Unterleibsorgane (unregelmäßige Periode, Beschwerden vor, während oder nach der Periode, schwache Blase)
- der männlichen Harn-/Geschlechtsorgane (Störungen beim Wasserlassen)
- des Kreislaufs (kalte Hände/Füße, schwarz vor Augen, Herzklopfen, Schwindel)
- der Luftwege (häufig Erkältungen, Schnupfen, Hustenreiz)
- des Bewegungsapparates (Verspannungen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkungen)

Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?

- Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden operiert, aber ohne wirkliche Besserung.
- Ich wurde wegen anhaltender körperlicher Beschwerden schon mehrfach mit technischem Aufwand untersucht, ohne dass man mir wirklich dauerhaft helfen konnte.
- Wegen meiner körperlichen Beschwerden habe ich schon viele verschiedene Fachärzte aufgesucht.
- Ich habe eine körperliche Krankheit, die sich durch seelische Einflüsse deutlich verschlechtert.

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate **Medikamente** genommen?

Welche, wie oft, seit wann, mit welchem Erfolg, in welcher Dosierung? Bitte einzeln aufführen.

Wie war Ihr **Gesundheitszustand** in Kindheit, Jugendalter und als Erwachsener?

(Zählen Sie bitte die wesentlichen Krankheiten und ggfs. Unfälle auf. Sind Sie operiert worden?

Wann waren Sie deswegen zur Behandlung im Krankenhaus. Erhielten Sie schon einmal Strahlentherapie oder Chemotherapie?) Angaben möglichst mit Zeitpunkt / Lebensalter versehen.

Wie war es (als Kind, Jugendlicher oder Erwachsener) für Sie krank zu sein? Wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert? Wie ist das heute?

Trinken Sie alkoholische Getränke? Wie oft? Wie viel? Hatten Sie jemals ein **Alkoholproblem**?

Rauchen Sie? Seit wann? Wie viel?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Welche? In welchem Zusammenhang?

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Art und Weise? Wie bewerten Sie Ihre Ernährung?

Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Ich zähle regelmäßig Kalorien.

Ich habe schon (viele) Diäten gemacht.

Ich strenge mich sehr an, einen schlanken und straffen Körper zu haben.

Ich beschäftige mich sehr intensiv mit dem Essen.

Wann gehen Sie für gewöhnlich ins Bett, wann stehen Sie auf? Halten Sie Ihren Schlaf für ausreichend?

Was tun Sie für Ihren Körper? Wie halten Sie Ihren Körper fit?

Bitte schätzen Sie ein: Ich bin mit meiner Gesundheit und körperlichen Verfassung zu _____ % zufrieden.

2. Bitte ergänzen Sie die folgenden Satzanfänge:

Ich bin ein Mensch, der _____

Seit meiner Kindheit _____

Ich freue mich _____

Ich bin stolz _____

Ärger und Wut _____

Ich erlebe meinen Körper _____

Gefühle _____

Andere Menschen _____

Ich suche _____

Ich kann nicht verzeihen, _____

Krank sein _____

Ich mache mir Vorwürfe _____

Ich schäme mich _____

Wenn mich jemand verletzt _____

Wenn ich mir etwas vornehme _____

Freunde _____

Von meinem Partner / meiner Partnerin brauche ich _____

Ich bin dankbar _____

Mir hilft _____

Ich müsste _____

Ich dürfte nicht _____

Ich kann _____

Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung von sich selber.

Wie würde Ihr Partner/in Sie beschreiben?

Wie ist Ihr **Selbstwertgefühl**?

Wodurch kann Ihr Selbstwertgefühl angegriffen werden?

Was hat sich als hilfreich erwiesen, um Ihr Selbstwertgefühl wieder herzustellen?

Welche **Gefühle** kennen Sie bei sich vor allem? Wie gehen Sie mit Ihren Gefühlsregungen um?

Was sehen Sie als Ihre **Stärken / Fähigkeiten / Potentiale** an?

Woraus können Sie Mut, Kraft usw. schöpfen? Was gibt Ihnen Halt?

Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen **mit Problemen und Schwierigkeiten** (bis zu einem gewissen Maß) **umzugehen**?

Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft

Ich bin ...

wertvoll - empfindsam - intelligent - attraktiv - zuversichtlich - stark - zäh/ausdauernd – lebendig -
aufgeschlossen – draufgängerisch – sorglos – kraftvoll – zielstrebig – lustig – sehr ehrgeizig

deprimiert - einsam - ungeliebt - missverstanden - interesselos - ruhelos - niedergeschlagen –
pessimistisch – schwunglos – resigniert – grüblerisch – verzweifelt – ständig in Sorge

voller Schuldgefühle - böse - voller schrecklicher Gedanken – feindselig - ungerecht - voller Hass -
aggressiv - ängstlich - gehetzt - feige - kann mich nicht durchsetzen –

überempfindlich - hässlich - abstoßend - unattraktiv - langweilig - uninteressant - voller Angst – rastlos
– in ständiger Unruhe - unkonzentriert

wertlos – zu nichts zu gebrauchen – ein „Niemand“ – leer – unzulänglich – dumm – voller Fehler –
schwach

fürsorgend – aufopfernd – hilfsbereit – abhängig – eigenständig – kühl – distanziert – kontrollierend -
dominant – nachgiebig - anspruchslos - fügsam – zurückhaltend – naiv - gutgläubig

verwirrt - ohne Perspektive – innerlich voller Konflikte - voller Gegensätze - zerrissen –
entscheidungsschwach

Sonstiges (bitte in eigenen Worten) _____

Was meinen Sie, wie werden Sie von Ihnen **wichtigen Anderen** gesehen (Partner/in, Freunde, Eltern,
Kollegen usw.)?

Welchen **Sichtweisen** stimmen Sie zu, was sehen Sie selber anders? Wieso?

ZUKUNFT

Was muss sich Ihrer Meinung nach in Ihrem Leben dringend **ändern**?

Welche **Pläne** haben Sie für die kommenden 5 Jahre (nennen Sie mindestens 5 Punkte)

Wie groß ist Ihre **Zuversicht**, Ihre persönlichen Ziele zu verwirklichen?

- sehr groß groß mittel gering sehr gering

Vielleicht wissen Sie, dass in jeder **Krise** auch eine **Chance** steckt. Welche mögliche Chance könnte durch Ihre Probleme, Beschwerden, durch Ihre Krise entstehen?

Was wollen Sie tun, wenn Sie **keine Beschwerden mehr** haben?